

PHỐI HỢP PHẪU THUẬT PHACO VÀ CẮT DỊCH KÍNH TRONG ĐIỀU TRỊ LỖ HOÀNG ĐIỂM

CUNG HỒNG SƠN - Bệnh viện Mắt Trung ương.

ĐỖ VĂN HẢI - Bệnh viện Mắt Hà Đông.

TÓM TẮT.

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả của phẫu thuật phối hợp phaco và cắt dịch kính điều trị lỗ hoàng điểm. Tổng số có 26 bệnh nhân đã được phẫu thuật phối hợp theo phương pháp này, trong khoảng thời gian 18 tháng, từ tháng 9/2008 đến 2/2010, sau đó được theo dõi ít nhất là 9 tháng tiếp theo. Các bệnh nhân đều được điều trị tại Khoa Đáy mắt – Màng bồ đào, Bệnh viện Mắt Trung ương, và được phẫu thuật bởi một phẫu

thuật viên. Kết quả: 22/ 26 mắt được phẫu thuật (86%) có lỗ hoàng điểm phục hồi tốt trong vòng 3 tháng. 2/26 mắt lỗ hoàng điểm đóng chậm sau 9 tháng. 1/26 trường hợp lỗ hoàng điểm không đóng và phát hiện có bong võng mạc rộng hơn. Theo dõi sau phẫu thuật: 16 mắt (61.5%) có thị lực tăng trên 2 hàng, 34.7% (9 mắt) có thị lực tăng trên 1 hàng, 3.8 % (1 mắt) thị lực không tăng do có phát triển bong võng mạc. Kết luận: phối hợp phẫu thuật phaco và cắt dịch kính áp dụng để điều trị lỗ hoàng

điểm cho kết quả tốt. Ưu điểm của phẫu thuật phối hợp này là giải quyết được 2 vấn đề trong 1 cuộc phẫu thuật, khắc phục được biến chứng đục thể thủy tinh tiến triển sau phẫu thuật cắt dịch kính.

Từ khoá: phaco, cắt dịch kính, lỗ hoàng điểm.

SUMMARY.

Aim: To describe the results of combined phacoemulsification, insertion of posterior chamber intraocular lens (IOL), and pars plana vitrectomy for patients with macular hole. **Methods:** A case series of 26 consecutive patients with macular hole who underwent combined phacoemulsification, insertion of IOL, posterior capsulectomy, and pars plana vitrectomy. **Results:** 25 of 26 patients (96.3%) had their holes closed with the combined surgery. One of the three patients who failed had their holes closed with one further procedure. Of the 26 patients operated on, 16 eyes (65%) had vision of 5/10 or better. One patient (3.8%) had Snellen acuity of less than postoperatively. One patient (3.8%) developed retinal detachments, one with proliferative vitreoretinopathy (PVR). Two patients developed late reopening of their macular holes after remaining closed for 9 months or more. **Conclusion:** Combined phacoemulsification, insertion of IOL, and pars plana vitrectomy surgery can be used to treat macular holes. Combining cataract surgery with vitrectomy surgery may prevent a later second operation for post-vitrectomy cataract formation.

Keywords: phacoemulsification, vitrectomy, macular holes

ĐẶT VẤN ĐỀ.

Phẫu thuật cắt dịch kính điều trị lỗ hoàng điểm đã được một số tác giả thực hiện và cho kết quả phục hồi lỗ hoàng điểm với tỉ lệ cao. Tuy nhiên, sau khi điều trị bằng phẫu thuật cắt dịch kính, cho dù lỗ hoàng điểm được phục hồi, nhưng có nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, khoảng 75% trường hợp có tiến triển đục thủy tinh thể trong vòng 1 năm, 95% mắc đục thể thủy tinh trong vòng 2 năm, và vẫn cần phải làm tiếp thêm 1 lần phẫu thuật thay thủy tinh thể. Để giải quyết vấn đề này, chúng tôi đề xuất việc áp dụng phẫu thuật đục thủy tinh thể, phối hợp với cắt dịch kính luôn từ đầu để điều trị lỗ hoàng điểm. Bài báo này mô tả kinh nghiệm của chúng tôi sau khi theo dõi và đánh giá 26 mắt được phẫu thuật phối hợp phaco và cắt dịch kính điều trị lỗ hoàng điểm.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

Thiết kế nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, không có nhóm chứng.

Phương pháp chọn mẫu.

Các bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên trong thời gian 18 tháng, từ tháng 9/2008 đến tháng 2/2010. Được theo dõi sau phẫu thuật ít nhất 9 tháng.

Quy trình nghiên cứu.

Tất cả các bệnh nhân được khai thác bệnh sử, tiền sử và thăm khám đầy đủ các bước theo bảng thu thập số liệu, sau đó thực hiện phẫu thuật. Các bệnh nhân có lỗ hoàng điểm giai đoạn III và IV được chỉ định phẫu thuật. Từ tháng 9/2008 đến 2/2010, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật phối hợp phaco và cắt dịch kính điều trị cho 26 mắt bị lỗ hoàng điểm. Chúng tôi mô tả các bước kỹ thuật cơ bản như sau: phẫu thuật phaco được tiến hành trước, sau đó là phẫu thuật cắt dịch kính với ba

đường vào ở vùng pars plana, tất cả được thực hiện bởi cùng một phẫu thuật viên với máy phaco thế hệ mới và máy cắt dịch kính Accurus của Alcon.

Tất cả các bệnh nhân được giảm đau bằng gây tê hậu nhãn cầu (6ml Lidocain 2% + Marcain). Đối với phẫu thuật phaco, chúng tôi tiến hành các bước phẫu thuật như bình thường, với đường rạch giác mạc phía thái dương và mức năng lượng phaco phù hợp. Một số khó khăn gặp phải như đồng tử kém dẫn, thể thủy tinh quá mềm, mắt có hội chứng giả bong bao...tuy nhiên, tất cả 26 mắt đều được phẫu thuật phaco và đặt thể thủy tinh nhân tạo (IOL) trong bao an toàn. Tiếp theo chúng tôi thực hiện các thao tác của phẫu thuật cắt dịch kính. Sau khi cắt sạch dịch kính, tất cả các trường hợp được bơm khí nở nội nhãn để tạo điều kiện cho việc đóng lỗ hoàng điểm. Việc bóc màng giới hạn trong được chúng tôi cân nhắc bởi điều này hiện nay vẫn đang là vấn đề gây tranh cãi. Chúng tôi chỉ thực hiện việc bóc màng nếu thấy thuận lợi và có xuất hiện các dấu hiệu co kéo biến dạng võng mạc.

Thuốc hậu phẫu bệnh nhân được dùng ít nhất là 5 ngày, với kháng sinh, chống viêm toàn thân và tra mắt.

Bệnh nhân được khám lại sau 1 tuần, 1 tháng và cứ 3 tháng 1 lần. Các số liệu được ghi chép vào phiếu theo dõi.

KẾT QUẢ.

chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật phối hợp phaco và cắt dịch kính cho 26 mắt, điều trị lỗ hoàng điểm giai đoạn III và IV, đặt IOL trong bao và bơm khí nở nội nhãn.

Bảng 1: Theo dõi kết quả đóng lỗ hoàng điểm theo thời gian.

Thời gian Kết quả	3 tháng	6 tháng	≥ 9 tháng
Lỗ HD đúng	22	23	25
Lỗ HD chưa đúng	4	3	1

Trong quá trình theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật, kết quả cho thấy: 3 tháng đầu, có 22/26 (86%) lỗ hoàng điểm đóng hoàn toàn, 3/26 trường hợp lỗ hoàng điểm đóng chậm sau 9 tháng, như vậy, sau 9 tháng có 94% trường hợp đóng lỗ hoàng điểm. Tuy nhiên, trong quá trình theo dõi, thấy sau hơn 12 tháng có 2 trường hợp lỗ hoàng điểm mở trở lại, chúng tôi can thiệp tiếp 1 lần cắt dịch kính nữa, có kết hợp bóc màng trước võng mạc và bơm khí nở nội nhãn, lỗ hoàng điểm đóng trở lại.

Bảng 2: Thị lực sau phẫu thuật.

Thời gian Thị lực	3 tháng	6 tháng	≥ 9 tháng
Tăng > 2 hàng	16	16	16
Tăng > 1 hàng	9	9	9
Không tăng	1	1	1

Theo dõi sau phẫu thuật: 16 mắt (61.5%) có thị lực tăng 2 hàng trở lên, 34.7% (9 mắt) có thị lực tăng trên 1 hàng, những trường hợp này đa phần có liên quan đến bệnh lý võng mạc như tiểu đường, cận thị.., 3.8 % (1 mắt) thị lực không tăng do có phát triển bong võng mạc ở mắt có cận thị rất nặng, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt dịch kính lại và bơm dầu silicon nội nhãn, võng mạc áp tốt.

Bảng 3: Các biến chứng sau phẫu thuật (trong 9 tháng đầu).

Biến chứng sau phẫu thuật	≤ 9 tháng
Phù hoàng điểm dạng nang	2
Bong võng mạc	1
Tái phát lỗ hoàng điểm	1
Phản ứng màng bồ đào	3
Đục bao sau	3
Lệch IOL	0

Theo số liệu bảng 3, có 2 mắt xuất hiện phù hoàng điểm dạng nang, cả 2 trường hợp này, thị lực bệnh nhân được cải thiện sau thời gian điều trị nội khoa. Không có bệnh nhân nào xuất hiện tăng nhãn áp. IOL cân đối trong tất cả các mắt được phẫu thuật, tiền phòng ổn định, không có trường hợp nào IOL áp sát giác mạc. Không có bệnh nhân nào hở vết mổ. Một mắt xuất hiện bong võng mạc trên nguy cơ từ trước là cận thị nặng, chúng tôi đã phải tiến hành phẫu thuật lại và có bơm dầu silicon nội nhãn, theo dõi thấy võng mạc áp tốt. Ba mắt xuất hiện phản ứng màng bồ đào, chúng tôi điều trị bằng corticoid toàn thân và tại chỗ, các triệu chứng này đều mất đi. Ba trường hợp xuất hiện đục bao sau ở lần khám lại tháng thứ 6, chúng tôi đã tiến hành mở bao sau bằng laser YAG. Một mắt xuất hiện sự phát triển muộn của màng trước võng mạc, có dấu hiệu của sự co kéo nhưng chưa gây ra mở lại lỗ hoàng điểm, chúng tôi làm tiếp một phẫu thuật bóc màng và cho kết quả tốt.

BÀN LUẬN.

Nếu điều trị lỗ hoàng điểm bằng phẫu thuật cắt dịch kính đơn thuần mới chỉ là bước đầu trong việc phục hồi thị lực cho bệnh nhân. Sau phẫu thuật cắt dịch kính điều trị lỗ hoàng điểm, một nguy cơ quan trọng có thể xảy ra là xuất hiện tiến triển đục thủy tinh thể, điều này có thể làm thị lực của bệnh nhân giảm nhanh, đặc biệt là trên những bệnh nhân lớn tuổi [2-5]. Khi bệnh nhân bị mắc đục thể thủy tinh, họ sẽ tiếp tục được chỉ định để phẫu thuật thay thể thủy tinh. Khả năng nghiên cứu khác cũng đã nói lên vấn đề này. Theo Thompson [1], trên tổng số 56 mắt được phẫu thuật cắt dịch kính, có tới 96% (54 mắt) tiến triển đục thể thủy tinh cần phẫu thuật. Theo Leonard [3], năm đầu tiên có 75% mắt tiến triển đục thủy tinh thể, sau năm thứ hai con số này là 95%. Nhiều tác giả cũng thống kê có tới 80% các trường hợp có chỉ định phẫu thuật thay thể thủy tinh trong khoảng 5-36 tháng sau khi phẫu thuật lỗ hoàng điểm. Các nghiên cứu hiện nay cho thấy rằng phẫu thuật cắt dịch kính nên được kết hợp với phẫu thuật đục thủy tinh thể để tránh một phẫu thuật lần hai và đảm bảo thị lực của bệnh nhân ổn định hơn. Mặc dù một số tác giả có đưa ra một số nguy cơ về phương pháp điều trị lỗ hoàng điểm bằng phẫu thuật phối hợp [6]. Tuy nhiên, chúng tôi đã tham khảo 6 nghiên cứu báo cáo về sự an toàn và hiệu quả của phẫu thuật phối hợp phaco và cắt dịch kính điều trị lỗ hoàng điểm [7-9;10-13]. Do biến chứng đục bao sau sau khi phẫu thuật phối hợp phaco và cắt dịch kính rất thường gặp (theo kinh nghiệm của chúng tôi), nên trong khá nhiều trường hợp, chúng tôi chủ động kết hợp cắt dịch kính kèm theo mở bao sau, để tránh nguy cơ đục bao sau sau này. Tỷ lệ biến chứng bong võng mạc trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không cao hơn so với các nghiên cứu khác, nhất là các nghiên cứu điều trị lỗ hoàng điểm bằng phẫu thuật cắt dịch kính đơn thuần. Chỉ có một bệnh nhân (3.8%) trong nghiên cứu của chúng tôi phát triển bong võng mạc, trên nguy cơ mắt bị cận thị

nặng. Ngoài ra, không có biến chứng đáng kể nào liên quan đến phẫu thuật phaco. Một số báo cáo nói về phù hoàng điểm dạng nang sau phẫu thuật phối hợp phaco và cắt dịch kính điều trị lỗ hoàng điểm, trong đó có tác giả nêu tỷ lệ phù hoàng điểm dạng nang rất cao (43%)[11]. Chúng tôi đã rất chú ý đến triệu chứng này, tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp (7.5%) phù hoàng điểm dạng nang được phát hiện. Các trường hợp này được chúng tôi cho dùng thêm corticoid toàn thân và tại chỗ, sau một thời gian theo dõi thấy triệu chứng này mất đi và thị lực được cải thiện.

Phản ứng màng bồ đào xuất hiện ở 3 trường hợp (11.1%), triệu chứng này được coi là phản ứng viêm sau phẫu thuật. Chúng tôi cũng đã kiểm soát tốt triệu chứng này thông qua việc dùng thuốc chống viêm sau khi phẫu thuật.

Như vậy, phối hợp phẫu thuật phaco và cắt dịch kính là phương pháp điều trị lỗ hoàng điểm có hiệu quả. Phương pháp này cũng cho thấy những ưu điểm khá nổi bật là tính an toàn và tiện ích, vừa giải quyết được sự ổn định thị lực cho bệnh nhân, vừa tránh cho người bệnh phải chịu một cuộc phẫu thuật phaco lần hai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. Thompson JT, Glaser BM, Sjaarda RN, et al. Progression of nuclear sclerosis and long-term visual results of vitrectomy with transforming growth factor beta-2 for macular holes. *Am J Ophthalmol* 1995;119:48-54.
2. Freeman WR, Azen SP, Kim JW, et al. Vitrectomy for the treatment of full-thickness stage 3 or 4 macular holes. *Arch Ophthalmol* 1997;115:11-21.
3. Leonard RE, Smiddy WE, Flynn HW, et al. Long-term visual outcomes in patients with successful macular hole surgery. *Ophthalmology* 1997;104:1648-52.
4. Thompson JT, Smiddy WE, Glaser BM, et al. Intraocular tamponade duration and success of macular hole surgery. *Retina* 1996;16: 373-82.
5. Kotecha AV, Sinclair SH, Gupta AK, et al. Pars plana vitrectomy for macular holes combined with cataract extraction and lens implantation. *Ophthalmic Surg Lasers* 2000;31:387-93.
6. Sheidow TG, Gonder JR. Cystoid macular edema following combined phacoemulsification and vitrectomy for macular hole. *Retina* 1998;18:510-4.
7. Kokame GT, Blankenship GW. Posterior chamber intraocular lens implantation during diabetic pars plana vitrectomy. *Ophthalmology* 1989;96:603-10.
8. Koenig SB, Mieler WF, Hann DP, et al. Combined phacoemulsification, pars plana vitrectomy, and posterior chamber intraocular lens insertion. *Arch Ophthalmol* 1992;110:1101-4.
9. Mamalis N, Teske MP, Kreisler KR, et al. Phacoemulsification combined with pars plana vitrectomy. *Ophthalmic Surg* 1991;22:194-8.
10. Tornambe PE, Poliner LS, Grote KD. Macular hole surgery without face down positioning. A pilot study. *Retina* 1997;17:179-85.
11. Miller JH, George JM, Hoskins JC. Combined macular hole and cataract surgery. *Am J Ophthalmol* 1997;123:705-7.
12. Simcock PR, Scalia S. Phaco-vitrectomy for full-thickness macular holes. *Acta Ophthalmol Scand* 2000;76:684-6..