

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI GIẢM ÁP HỐC MẮT ĐIỀU TRỊ BỆNH MẮT BASEDOW CHÈN ÉP THỊ THẦN KINH

Phạm Thị Mỹ Hạnh¹, Nguyễn Chiến Thắng¹, Nguyễn Duy Anh² và Phạm Trọng Văn²✉

¹Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân Y

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu tiến cứu, được tiến hành trên 14 mắt của 9 bệnh nhân bị bệnh mắt do basedow chèn ép thị thần kinh được phẫu thuật nội soi giảm áp hốc mắt từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2020 tại bệnh viện Quân y 103. Kết quả: Mức giảm độ lồi trung bình sau mổ là $2,1 \pm 1,03$ (1 - 3 mm). Thị lực trước mổ trung bình $0,99 \pm 0,72$ (0,1 - 2,0) (logMar). Sau mổ thị lực trung bình $0,52 \pm 0,46$ (0 - 2) (logMar). Thị lực tăng trung bình tương đương với 4 dòng Snellen. Thị lực cải thiện ở 9 mắt, không đổi ở 5 mắt, không mắt nào giảm thị lực. Có 10/14 mắt có cải thiện thị trường rõ rệt, 6/8 mắt tổn thương sắc giác phục hồi hoàn toàn. Thị lực sau phẫu thuật tốt hơn tương quan đáng kể với thị lực tốt trước phẫu thuật ($r = 0,713$, $p = 0,014$), gai thị bạc màu tương quan nghịch với thị lực tốt sau phẫu thuật ($r = 0,705$, $p = 0,023$) nhưng tuổi, độ lồi, và giá trị MD trên xét nghiệm thị trường không tương quan đáng kể với thị lực sau phẫu thuật. Điểm viêm CAS ≥ 4 sau điều trị corticoid liều xung làm tăng nguy cơ không cải thiện thị lực sau mổ, RR = 3. Không có trường hợp nào bị rò dịch não tủy, hay tổn thương ống lệ mũi. Sau mổ nhìn đôi xuất hiện mới hoặc tăng nặng ở 5/9 bệnh nhân trong đó có 2 bệnh nhân cần phải phẫu thuật lác.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi giảm áp hốc mắt, bệnh mắt Basedow chèn ép thị thần kinh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc bệnh Basedow là 15/100.000. Bệnh mắt do Basedow xuất hiện ở 30 - 50% trường hợp và DON (DON) xuất hiện trong 3 - 5% các trường hợp có bệnh mắt do Basedow.¹

DON là một trong những biến chứng nặng nề nhất của bệnh Basedow. Các biểu hiện như giảm thị lực, tổn thương thị trường, tổn thương sắc giác... làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. DON có thể tiến triển trong nhiều tháng ở những trường hợp hốc mắt chật nhưng trong một số trường hợp có thể tiến triển trong vài tiếng thường là

sau những phẫu thuật gây căng kéo thị thần kinh và có thể tiến triển thành mù lòa.²

Hiện cơ sở chứng cứ để điều trị DON chưa đầy đủ do tiêu chuẩn chẩn đoán DON còn chưa rõ ràng.³ Ngoài ra, số lượng bệnh nhân DON đến từng đơn vị khám chữa bệnh ít, do đó không có được các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên. Phương pháp điều trị chính bao gồm: điều trị nội khoa (corticosteroid, các thuốc ức chế miễn dịch, xạ trị hốc mắt) và phẫu thuật giảm áp hốc mắt. Phẫu thuật giảm áp hốc mắt thường được chỉ định cho những trường hợp DON có chống chỉ định hoặc đáp ứng kém với điều trị corticoid liều xung. Cho đến nay đã và đang tồn tại khoảng 20 kỹ thuật giảm áp hốc mắt khác nhau, về mặt lý thuyết các kỹ thuật giảm áp hốc mắt đều giúp giảm áp lực tại đỉnh hốc mắt và đều có tác dụng tốt cho DON.⁴

Tác giả liên hệ: Phạm Trọng Văn,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: trongvan@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 13/09/2020

Ngày được chấp nhận: 03/12/2020

Phẫu thuật nội soi giảm áp hốc mắt cho phép quan sát và tiếp cận trực tiếp đến đỉnh hốc mắt, không vén đẩy làm căng kéo lên dây thần kinh thị và tổ chức hốc mắt được cho là có ưu thế và trở thành kỹ thuật được lựa chọn đầu tay trong điều trị DON.⁵ Tại Bệnh viện 103, phẫu thuật nội soi giảm áp hốc mắt đã trở thành phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị DON. Do đó chúng tôi thực hiện báo cáo này nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi giảm áp hốc mắt trên những mắt Basedow có chèn ép thị thần kinh và đánh giá một số yếu tố liên quan kết quả thị lực sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Các bệnh nhân bị bệnh lý thị thần kinh do Basedow đã được phẫu thuật nội soi giảm áp hốc mắt tại Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 1/2018 đến tháng 1/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi > 18
- Bệnh nhân được chẩn đoán DON (theo tiêu chuẩn Nicola Curo 6) có chống chỉ định hoặc đáp ứng kém với corticoid liều pulse sau 2 tuần theo dõi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tình trạng toàn thân không cho phép gây mê nội khí quản để phẫu thuật.
- Bệnh nhân có các bệnh lý ác tính vùng mũi xoang.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không có nhóm chứng.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2020

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tại Bệnh viện Quân Y 103.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn

mẫu thuận tiện, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nhóm nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times \frac{S^2}{E^2}$$

Trong đó:

n: số mắt

$Z_{1-\alpha/2} = Z_{0,95} = 1,96$ từ bảng phân phối chuẩn

S²: sai số chấp nhận trong nghiên cứu này về mức cải thiện thị lực là 1 dòng Snellen

E² sai số của mức cải thiện thị lực là 4 dòng Snellen (theo She (2014)⁷ (E = 12% của 4 dòng Snellen)

$$n = 1,96^2 \times 1^2 / 0,47^2 = 14 \text{ mắt}$$

Quy trình phẫu thuật

+ Vô cảm bằng gây mê nội khí quản kết hợp tiêm tê tại chỗ

+ Mở xoang hàm, lấy toàn bộ sàng trước và sàng sau.

+ Lấy bỏ xương giấy

+ Giảm áp sàn ổ mắt

+ Rạch màng xương

+ Ấn nhãn cầu từ bên ngoài và quan sát mờ hốc mắt lọt qua lỗ mở xương.

- Sau mổ: khám lại sau 3 ngày, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Ghi nhận và đánh giá các biến số nghiên cứu.

Các tiêu chí đánh giá:

- Chẩn đoán chèn ép thị thần kinh: Chúng tôi chẩn đoán chèn ép thị thần kinh theo tiêu chuẩn của Nicola Curo (2014) 6 : 1 dấu hiệu trên phim CT và ít nhất 2 trong số các triệu chứng sau: giảm thị lực, giảm thị lực màu, phù gai, tổn thương trên thị trường, RAPD dương tính mà không được giải thích bằng một nguyên nhân nào khác.

- Đáp ứng kém với điều trị corticoid liều xung: Hiện chưa có một thống nhất chung về việc chức năng thị giác phục hồi đến mức nào

thì không cần mổ giảm áp sớm. Chúng tôi cho rằng tổn thương chức năng thị giác gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh do đó nếu sau điều trị corticoid liều xung thị lực, thị trường và sắc giác chưa về giới hạn bình thường thì cần được điều trị bổ sung bằng phẫu thuật giảm áp nội soi.

Các chỉ tiêu đánh giá:

- Mức giảm độ lồi sau phẫu thuật
- Biến đổi thị lực, thị trường, thị lực màu, tình trạng gai thị sau phẫu thuật
- Tình trạng song thị sau phẫu thuật
- Các tai biến, biến chứng của phẫu thuật:

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 14 mắt của 9 bệnh nhân (2 nam, 7 nữ), độ tuổi từ 41 tuổi đến 57 tuổi (trung bình $52,1 \pm 5,2$ tuổi).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân về bệnh lý tuyến giáp

Đặc điểm	n	
Số bệnh nhân đã bình giáp	9/9 (100%)	
Tiền sử hút thuốc lá	1/9	
Phương pháp điều trị Basedow	Nội khoa	5
	Phẫu thuật	3
	I131	1

Bảng 2. Các triệu chứng của bệnh mắt basedow chèn ép thị thần kinh

Triệu chứng	Kết quả
Thị lực	14/14 mắt giảm thị lực. Thị lực trung bình $0,99 \pm 0,72$ (0,1 – 2,0) logMar
Tổn thương sắc giác	8/14 mắt
Phù đĩa thị hoặc đĩa thị bạc màu	0/14 mắt phù đĩa thị 2/14 mắt đĩa thị bạc màu
RNFL trung bình quanh đĩa thị/OCT	107,28 (56,46 – 144,91) 2 mắt có RNFL trung bình quanh đĩa thị < 5%
Thị trường	14/14 mắt tổn thương thị trường

chảy máu, rò dịch não tủy, tổn thương đường, viêm xoang, viêm tổ chức hốc mắt.

3. Xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm IPSS 20.0. Các phép kiểm định thống kê được dùng với mức ý nghĩa thống kê 0,05, với cỡ mẫu nhỏ sử dụng test Wilcoxon và kiểm định Spearman.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Hà nội, quyết định số 12 NCS17/HMU IRB.

RAPD +		4/14 mắt
Hình ảnh CT	Phi đại cơ là chủ yếu	14/14
	Phi đại mỡ là chủ yếu	0/14
Điều trị mắt trước mổ	Mở mở giảm áp thành trong + thành dưới	4/14 mắt
	Corticosteroid liều xung	9/9 bệnh nhân

2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật về chức năng thị giác

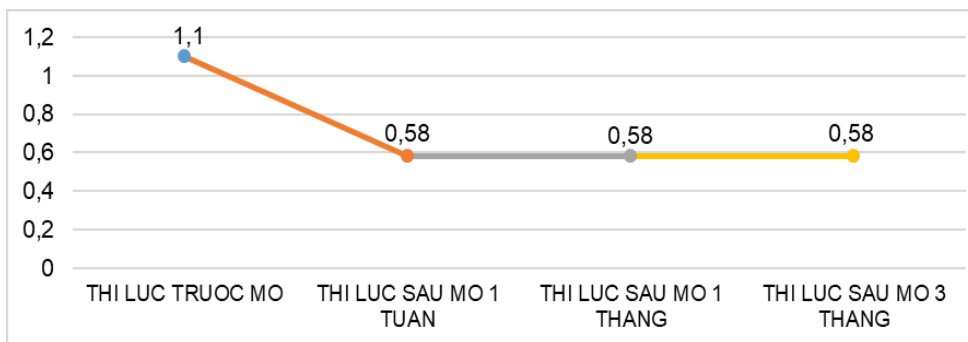
- Thị lực: Thị lực trước mổ trung bình $0,99 \pm 0,72$ (0,1 – 2,0) (logMar). Sau mổ thị lực trung bình $0,52 \pm 0,46$ (0-2) (logMar). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$). Thị lực tăng trung bình tương đương với 4 dòng Snellen. Thị lực cải thiện ở 9 mắt, không đổi ở 5 mắt, không mắt nào giảm thị lực.

- Thị trường: 14/14 tổn thương trước mổ 10/14 mắt có cải thiện thị trường rõ rệt. Trong đó 3/10 mắt không làm được thị trường trước mổ. Sau mổ có thể làm được thị trường với MD trung bình: -3,16 db. 7/10 mắt MD trung bình trước mổ: -15,45dB, sau mổ giá trị MD trung bình: - 4,36 dB.

- Sắc giác: 8/14 mắt tổn thương sắc giác trước mổ (7 mắt đọc được 0/37 đĩa Ishihara, 1 mắt đọc được 30/37). Sau mổ 6 mắt phục hồi hoàn toàn (37/37 đĩa màu), 2 mắt không cải thiện.

Biến đổi thị lực theo thời gian

Thị lực tăng tối đa sau mổ 1 tuần và giữ ổn định đến thời điểm 3 tháng sau mổ. Thị lực trung bình (logMar) của nhóm nghiên cứu được mô tả trong biểu đồ 1.

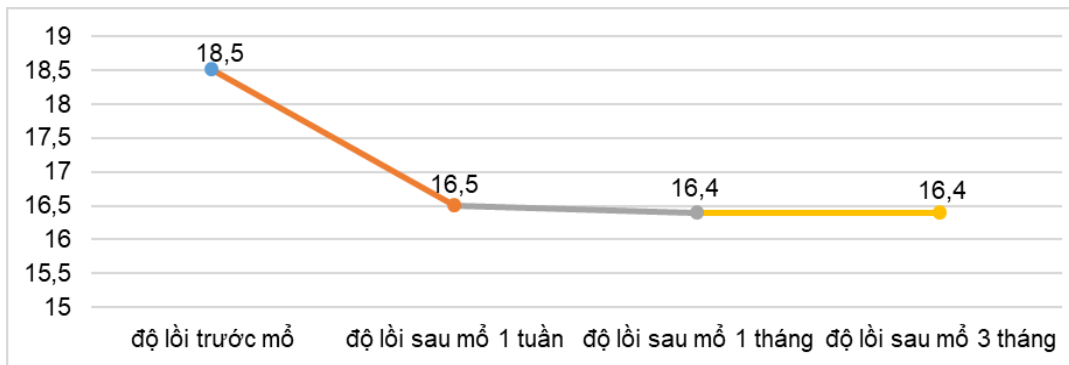


Biểu đồ 1. Biến đổi thị lực trung bình theo thời gian

Kết quả giảm độ lồi

Độ lồi trung bình trước mổ là $18,36 \pm 2,78$ mm (14,4 – 26 mm), Độ lồi trung bình sau mổ là $16,62 \pm 2,77$ (13,5 – 23 mm). Trong đó có 4 mắt đã phẫu thuật giảm áp hốc mắt trước đó bằng phương pháp giảm áp thành trong và thành dưới qua đường kết mạc. Sau mổ nội soi ¾ mắt có cải thiện về chức năng thị giác nhưng mức giảm độ lồi chỉ giảm tối thiểu (1mm) ở 2 mắt và không giảm ở 2 mắt còn lại.

Mức giảm độ lồi trung bình ở những mắt phẫu thuật giảm áp lần đầu là $2,00 \pm 0,82$ mm (1 - 3 mm) sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ba tháng sau phẫu, mức giảm độ lồi trung bình $2,1 \pm 1,03$ (1 - 3 mm). Mức giảm độ lồi có xu hướng tăng lên theo thời gian tuy nhiên mức tăng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,34$).



Biểu đồ 2. Biến đổi độ lồi trung bình theo thời gian

Tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào bị rò dịch não tủy, tổn thương ống lệ mũi trong mổ, chảy máu sau mổ hay viêm tổ chức hốc mắt

Song thị.

Trong 9 bệnh nhân được phẫu thuật có 5 bệnh nhân xuất hiện song thị mới hoặc tăng nặng sau mổ trong đó có 3 bệnh nhân song thị tự cải thiện trong vòng 3 tháng, 2 bệnh nhân cần phải phẫu thuật chỉnh lác.

Mối liên quan giữa việc lấy bỏ hoàn toàn phần xương góc dưới trong ổ mắt với mức giảm độ lồi và song thị tăng nặng sau mổ.

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã cố gắng lấy bỏ tối đa phần xương góc dưới trong ổ mắt (IOS-inferior medial orbital strut). IOS được lấy bỏ ở ½ phía sau trên tất cả các bệnh nhân. Tuy nhiên ở ½ phía trước IOS thường cứng chắc, khó ấn sập bằng dụng cụ nội soi nếu không có khoan mài, do đó chúng tôi chỉ được lấy bỏ được ở 3/14 mắt của 3 bệnh nhân. Mối liên quan giữa việc lấy bỏ hoàn toàn IOS với mức giảm độ lồi và song thị tăng nặng sau mổ được mô tả ở bảng 3

Bảng 3. Mối liên quan giữa việc lấy bỏ hoàn toàn IOS với mức giảm độ lồi và song thị tăng nặng sau mổ

	Song thị (bệnh nhân)	Không song thị (bệnh nhân)	Mức giảm độ lồi trung bình (mm)
Lấy bỏ hoàn toàn IOS	3 (2 BN phẫu thuật chỉnh lác, 1 BN tự hồi phục)	0	2,83
Bảo tồn IOS phía trước	2 (2 BN tự hồi phục)	4	1,64*

*: $p < 0,05$

3. Mối tương quan giữa các thông số lâm sàng

Để phân tích các yếu tố tiên lượng kết quả thị lực sau phẫu thuật, chúng tôi chia 14 mắt thành 2 nhóm: nhóm 1 có thị lực cải thiện ($n = 9$) và nhóm 2 có thị lực giảm hoặc không đổi ($n = 5$). Sau đó, do cỡ mẫu < 20 , chúng tôi so sánh các đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật giữa 2 nhóm bằng kiểm định Wilcoxon và đánh giá mối quan hệ giữa các đặc điểm lâm sàng trong mỗi nhóm bằng kiểm định tương quan Spearman. Chúng tôi nhận thấy rằng

+ Thị lực tối đa trước mổ của nhóm 1 cao hơn đáng kể so với nhóm 2 ($p = 0,02$)

- + Thời gian nhìn mờ của nhóm 1 thấp hơn đáng kể so với nhóm 2 ($p = 0,03$)
- + Các đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật như tuổi, độ lồi, không có sự khác biệt về mặt thống kê
- + Giá trị MD trong xét nghiệm thị trường không: không được so sánh do có 3 mắt nhóm 1 và 2 mắt nhóm 2 thị lực trước mổ kém, không làm được xét nghiệm

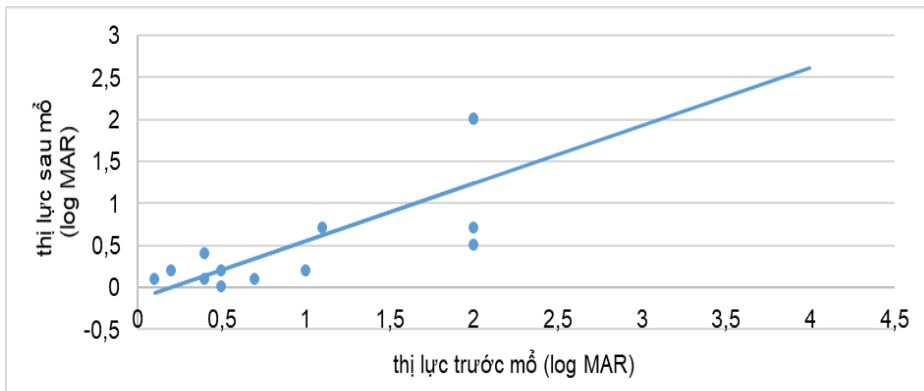
- Ở nhóm 1:

+ Thị lực sau phẫu thuật tốt hơn có tương quan đáng kể với thị lực trước phẫu thuật tốt hơn ($r = 0,94, p < 0,01$)

+ Thị lực sau phẫu thuật tốt hơn có tương quan đáng kể với độ viêm trước mổ thấp hơn ($r = 0,844, p=0,035$)

+ Thời gian nhìn mờ, tuổi, giá trị MD trong xét nghiệm thị trường, RNFL trung bình trên OCT đĩa thị không có tương quan đáng kể với thị lực sau phẫu thuật

- Nhóm 2 có 5 mắt. Trong đó 2 mắt có thời gian nhìn mờ > 6 tháng và 3 mắt độ viêm ≥ 4 . Sau mổ độ viêm không cải thiện. Bệnh nhân đã điều trị corticoid tổng liều > 4,5 g trước phẫu thuật. Điểm viêm ≥ 4 làm tăng nguy cơ không cải thiện thị lực sau mổ với tỷ số nguy cơ RR = 3



Biểu đồ 3. Mối tương quan giữa thị lực trước mổ và thị lực sau mổ

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân bị chèn ép thị thần kinh trong đó có 2 bệnh nhân được điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp có hóc môn giáp dao động (nhiều lần cường giáp và nhược giáp đan xen) và 1 bệnh nhân được điều trị bằng iod phóng xạ không kèm theo glucocorticoid và 1 bệnh nhân nghiện thuốc lá. Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy ngoài đái tháo đường thì tình trạng hiện đang tiếp xúc với khói thuốc lá, sự duy trì hóc môn giáp không hằng định và điều trị bằng iod phóng xạ là các yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện và tăng nặng của DON.¹

Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật về chức năng thị giác

Sau mổ có 9/14 mắt cải thiện thị lực. Thị lực cải thiện trung bình tương đương 4 dòng Snellen. 10/14 mắt cải thiện thị trường rõ rệt, 6/8 mắt phục hồi sắc giác hoàn toàn. Điều đó chứng minh hiệu quả của phẫu thuật nội soi giảm áp trên mắt chèn ép thị thần kinh do basedow

Hiệu quả của phẫu thuật có thể giải thích dựa trên cơ chế tổn thương thị thần kinh. Cơ chế chủ yếu nhất là do sự phì đại của cơ trực, thường gặp là cơ trực dưới và cơ trực trong, tại vùng đỉnh hốc mắt chèn ép dẫn đến chèn ép trực tiếp lên thị thần kinh hoặc gây ứ trệ tuần hoàn dinh dưỡng của thị thần kinh.³ Trong nghiên cứu này 14/14 mắt chèn ép thị thần

kinh, trên hình ảnh CT đều là thể phì đại cơ vận nhãn. Về mặt lý thuyết, các loại phẫu thuật lấy mỡ hốc mắt hoặc cắt thành xương hốc mắt đều làm giảm áp lực tại đỉnh hốc mắt và đều có tác dụng tốt khi bệnh nhân có chèn ép thị thần kinh. Tuy nhiên phẫu thuật nội soi giảm áp là biện pháp có thể tiếp cận sâu nhất, trực tiếp nhất đến đỉnh hốc mắt do đó có thể giải quyết cơ chế chèn ép thị thần kinh triệt để nhất. Ngoài ra đầu nội soi cho phép quan sát trường mổ được rõ ràng, không đòi hỏi vén đẩy tổ chức nên tránh được biến chứng xuất huyết đỉnh hốc mắt – một biến chứng gây giảm thị lực sau mổ. Trong nghiên cứu có 4 mắt đã được phẫu thuật giảm áp thành trong và thành dưới bằng mổ mở qua đường kết mạc, trên phim CT còn hình ảnh xương giầy và các tế bào sàng sau chưa được lấy bỏ. Sau phẫu thuật nội soi giảm áp hốc mắt trên phim CT cho thấy hình ảnh xương giầy được lấy bỏ triệt để đến đỉnh hốc mắt, 3/4 mắt sau đó có cải thiện về thị lực, thị trường và sắc giác.

Thị lực tăng tối đa sau mổ 1 tuần và giữ ổn định đến thời điểm 3 tháng sau mổ. Nghiên cứu của She (2014) và Woods (2019) cũng cho thấy thị lực phục hồi nhanh sau mổ, từ 1 tháng đến 3 tháng sau mổ thị lực hầu như không thay đổi.^{7,8}

Kết quả giảm độ lồi

Mức giảm độ lồi trung bình ở những mắt phẫu thuật giảm áp lần đầu là $2,00 \pm 0,82$ mm (1 - 3 mm) sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ba tháng sau phẫu thuật, mức giảm độ lồi trung bình $2,1 \pm 1,03$ (1 - 3 mm). Mức giảm độ lồi có xu hướng tăng lên theo thời gian tuy nhiên mức tăng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,34$). Kết quả này có thể giải thích do phẫu thuật nội soi là một can thiệp tối thiểu, khi mổ không có các đông tác vén, đẩy tổ chức hốc mắt để bộc lộ phẫu trường nên hạn chế phù nề, thời gian phục hồi sau mổ nhanh.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả gần

giống với mức giảm độ lồi trung bình trong nghiên cứu của She (2014) là 2,07mm, Chu (2009) là 2,2 mm.^{7,9} Về biến đổi độ lồi theo thời gian Chu (2009) nghiên cứu trên 112 mắt được phẫu thuật giảm áp hốc mắt bằng các kỹ thuật khác nhau và nhận thấy, kết quả giảm độ lồi sẽ ổn định ở 1 tháng sau mổ hoặc cải thiện chút ít trong vòng vài năm sau.⁹

Song thị

Song thị là một trong những mối lo ngại thường gặp trong phẫu thuật giảm áp đặc biệt là phẫu thuật giảm áp nội soi. Trong các nghiên cứu về nội soi giảm áp khác nhau tỷ lệ song thị mới hoặc song thị tăng nặng thay đổi từ 15 – 63%. Một số kỹ thuật được sử dụng để làm giảm tỷ lệ song thị trong phẫu thuật nội soi như: kết hợp với mổ giảm áp thành ngoài, bảo tồn phần xương nối giữa thành trong và thành dưới ổ mắt (IOS), bảo tồn màng xương theo chiều ngang để cơ trực trong không bị thoát vị qua hố mổ. Tuy nhiên đối với DON, các tác giả đều thống nhất không áp dụng các kỹ thuật bảo tồn màng xương tương ứng với vị trí cơ trực trong và mảnh xương góc dưới trong ổ mắt nhằm mục đích giảm áp tối đa để bảo vệ chức năng thị giác.¹⁰ Trong nghiên cứu này chúng tôi đã cố gắng lấy bỏ tối đa IOS. IOS được lấy bỏ ở 1/2 phía sau trên tất cả các bệnh nhân. 1/2 phía trước thường cứng chắc, khó ấn sập bằng dụng cụ nội soi nếu không có khoan mài, do đó chúng tôi chỉ được lấy bỏ được ở 3/14 mắt của 3 bệnh nhân. Bảng 3 cho thấy Việc lấy bỏ hoàn toàn IOS do đó có thể lấy bỏ thành trong sàn ổ mắt dẫn gắn với mức giảm độ lồi sau mổ cao hơn và tỷ lệ song thị sau mổ không tự hồi phục cao hơn.

Các tác giả như Kingdom (2015), Wright (1999), Yao (2016) cũng đã khẳng định vai trò của việc bảo tồn IOS trong việc làm giảm tỷ lệ song thị sau mổ.^{4,11,12}

Mối tương quan giữa các thông số lâm sàng

Tuy cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, chúng tôi nhận thấy thị lực trước mổ tương quan thuận với thị lực sau mổ ($r = 0,731$; $p = 0,01$). Liang (2019) hồi cứu trên 30 mắt và Rajabi (2018) nghiên cứu tiến cứu trên 23 mắt có DON được phẫu thuật giảm áp khác nhau cũng có nhận định rằng thị lực trước mổ càng tốt tương quan với thị lực sau mổ càng tốt.^{13,14}

Cơ chế chèn ép dây thần kinh thị giác dẫn đến giảm thị lực vẫn chưa hoàn toàn sáng tỏ. Tăng áp lực trong hốc mắt và giảm áp lực tưới máu có thể dẫn đến thiếu máu cục bộ của dây thần kinh thị giác.³ Trong nghiên cứu này, thị lực sau phẫu thuật tốt hơn tương quan với thị lực tốt hơn trước phẫu thuật. Hiện tượng này ở DON cũng xảy ra tương tự như trong các bệnh lý thần kinh thị giác khác (viêm thị thần kinh, bệnh lý thần kinh thị giác do chấn thương). Điều đó nói lên rằng càng nhiều sợi thần kinh thị giác không bị tổn thương trước phẫu thuật thì thị lực sau phẫu thuật càng tốt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 14 mắt (9 bệnh nhân) có DON được phẫu thuật nội soi giảm áp hốc mắt, chúng tôi rút ra một số kết luận: Mức giảm độ lồi trung bình sau mổ là 2,1 mm (1 - 3 mm). 9/14 mắt chèn ép thị thần kinh cải thiện thị lực mức cải thiện trung bình tương đương với 4 dòng Snellen, 10/14 mắt cải thiện thị trường rõ rệt, không có trường hợp nào giảm thị lực sau phẫu thuật. Không có trường hợp nào bị rò dịch não tủy, hay tổn thương ống lệ mũi. Sau mổ nhìn đôi xuất hiện mới hoặc tăng nặng ở 5/9 bệnh nhân trong đó có 3 bệnh nhân tự cải thiện trong vòng 3 tháng, 2 bệnh nhân cần phải phẫu thuật lác. Thị lực tối đa trước phẫu thuật càng cao thì cơ hội cải thiện thị lực sau mổ càng cao và thị lực tối đa sau mổ càng cao. Gai thị bạc màu gắn với thị lực sau mổ thấp. Điểm viêm CAS ≥ 4 sau điều trị corticoid liều xung làm tăng

nguy cơ không cải thiện thị lực sau mổ. Tuổi, độ lồi, giá trị MD trong xét nghiệm thị trường không có tương quan với thị lực sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wiersinga WM, Bartalena L. Epidemiology and prevention of Graves' ophthalmopathy. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*. 2002; 12(10): 855 - 860.
2. Neigel JM, Rootman J, Belkin RI, et al. Dysthyroid optic neuropathy. The crowded orbital apex syndrome. *Ophthalmology*. 1988; 95(11): 1515 - 1521.
3. McKeag D, Lane C, Lazarus JH, et al. Clinical features of dysthyroid optic neuropathy: a European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO) survey. *The British journal of ophthalmology*. 2007; 91(4): 455 - 458.
4. Kingdom TT, Davies BW, Durairaj VD. Orbital decompression for the management of thyroid eye disease: An analysis of outcomes and complications. *The Laryngoscope*. 2015; 125(9): 2034 - 2040.
5. Boboridis KG, Uddin J, Mikropoulos DG, et al. Critical Appraisal on Orbital Decompression for Thyroid Eye Disease: A Systematic Review and Literature Search. *Adv Ther*. 2015; 32(7): 595 - 611.
6. Currò N, Covelli D, Vannucchi G, et al. Therapeutic outcomes of high-dose intravenous steroids in the treatment of dysthyroid optic neuropathy. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*. 2014; 24(5): 897 - 905.
7. She YY, Chi CC, Chu ST. Transnasal endoscopic orbital decompression: 15-year clinical experience in Southern Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*. 2014; 113(9): 648 - 655.
8. Woods RSR, Pilson Q, Kharytaniuk N, Cassidy L, Khan R, Timon CVI. Outcomes of

endoscopic orbital decompression for graves' ophthalmopathy. *Irish journal of medical science*. 2020; 189(1): 177 - 183.

9. Chu EA, Miller NR, Grant MP, Merbs S, Tufano RP, Lane AP. Surgical treatment of dysthyroid orbitopathy. *Otolaryngology-head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2009; 141(1): 39 - 45.

10. Metson R, Pletcher SD. Endoscopic orbital and optic nerve decompression. *Otolaryngologic clinics of North America*. 2006; 39(3): 551 - 561, ix.

11. Wright ED, Davidson J, Codere F, Desrosiers M. Endoscopic orbital decompression with preservation of an inferomedial bony strut: minimization of postoperative diplopia. *The Journal of otolaryngology*. 1999; 28(5): 252 - 256.

12. Yao WC, Sedaghat AR, Yadav P, Fay A, Metson R. Orbital Decompression in the Endoscopic Age: The Modified Inferomedial Orbital Strut. *Otolaryngology-head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2016; 154(5): 963 - 969.

13. Liang QW, Yang H, Luo W, He JF, Du Y. Effect of orbital decompression on dysthyroid optic neuropathy: A retrospective case series. *Medicine*. 2019; 98(3): e14162.

14. Rajabi MT, Ojani M, Riazi Esfahani H, Tabatabaei SZ, Rajabi MB, Hosseini SS. Correlation of peripapillary nerve fiber layer thickness with visual outcomes after decompression surgery in subclinical and clinical thyroid-related compressive optic neuropathy. *Journal of Current Ophthalmology*. 2019; 31(1): 86 - 91.

Summary

EFFECTS OF ORBITAL DECOMPRESSION BY ENDOSCOPIC ENDONASAL IN DYSTHOID OPTIC NEUROPATHY

This is a prospective study aimed to assess the efficacy of endoscopic orbital decompression in patients of dysthoid optic neuropathy (DON). From January 2018 to January 2020, the study enrolled 9 patients with DON who underwent endoscopic orbital decompression and analyzed 14 orbits. Surgical technique used included removal of medial wall and medial part of inferior wall of the orbit and slitting of the orbital periosteum. The results showed an average reduction in exophthalmos of 2.1 ± 1.03 (1 – 3) mm following endoscopic orbital decompression. The visual acuity was significantly improved in 9 of 14 eyes, with no case reported worse visual acuity. The medium visual acuity improvement was equal to 4 Snellen lines. There was no complication of cerebral fluid leakage, lacrimal duct impairment, sinusitis or orbital contamination. New onset diplopia appeared in 5 patients, of whom three patients self-improved in 3 months and the other two patients required strabismus surgery. Better postoperative visual acuity was significantly correlated with better preoperative visual acuity ($r = 0.713$, $p = 0.014$) and with normal optic disc ($r = 0.705$, $p = 0.023$), but not with age, exophthalmometry and MD value in visual field test. In conclusion, endoscopic orbital decompression provides an effective and safe treatment for dysthoid optic neuropathy.

Key words: Endoscopic orbital decompression, dysthoid optic neuropathy.