

TỔN THƯƠNG VÕNG MẠC VÀ THẦN KINH THỊ GIÁC DO CYTOMEGALOVIRUS TRÊN BỆNH NHÂN AIDS

Đào Tiến Xuân,¹ Trần Thanh Tùng²

MỞ ĐẦU

Viêm võng mạc do Cytomegalovirus (VVM-CMV) là bệnh nhiễm khuẩn kết hợp trên bệnh nhân (BN) bị AIDS. Nếu không được điều trị kịp thời VVM-CMV sẽ phá hủy võng mạc ngày càng nặng gây mất một phần hoặc mất hoàn toàn thị lực. Triệu chứng khi bị VVM-CMV đa dạng từ hiện tượng ruồi bay (floaters), thấy chớp loé (photopsias) đến mất thị trường, nhìn mờ hoặc nặng hơn là mất thị lực hoàn toàn. Việc điều trị có kết quả hay không dựa vào liệu pháp thuốc kháng HIV và các tổn thương thực thể tại võng mạc.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp nhiễm CMV gây viêm võng mạc có tổn thương thần kinh thị giác lần đầu tiên được phát hiện tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân T.T.U.T, 27 tuổi, nữ. Dân tộc : Kinh .Địa chỉ: xã Hưng Yên, huyện An Biên, tỉnh Kiên Giang. Nghề nghiệp: làm ruộng.

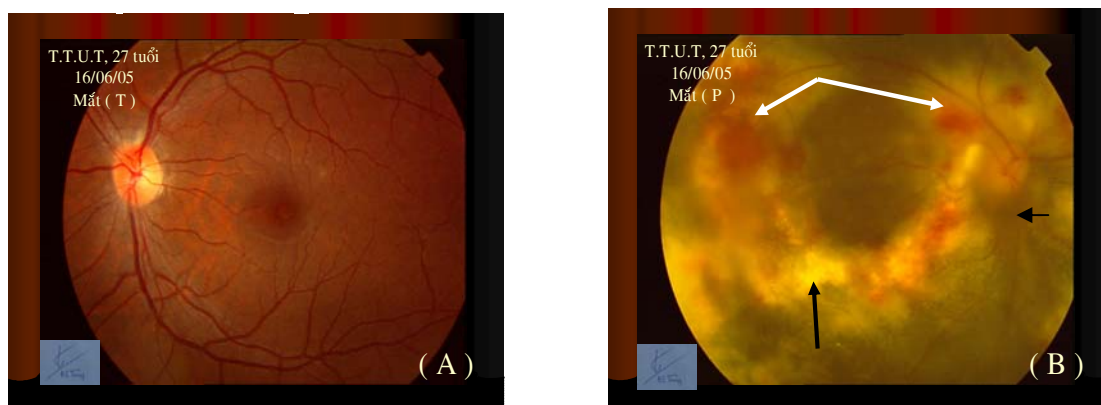
Bệnh 10 tháng nay : được chẩn đoán nhiễm HIV(+). Đang được theo dõi và điều trị dự phòng Cotrim 480mg 2 viên / ngày. Lần này do bị loét vùng hội âm, đau nhức toàn thân, nhìn không rõ ngày càng tăng khoảng 3 tháng , suy kiệt nặng nên nhập viện ngày 28/03/2005 .Tiền sử bệnh đã chẩn đoán xác định AIDS từ 08 / 2004 (không dùng thuốc kháng HIV). Đã điều trị nấm *Candida albican* vùng miệng và *Herpes* sinh dục từ năm 2004 nhiều lần.

Khám thấy BN than đau nhức toàn thân và tại vết loét quanh hội âm. BN suy kiệt nặng, thang hoạt động bậc 4. Sốt kéo dài 38-39,5⁰C. Thiếu máu . Không vàng da, sẩn ngứa toàn thân. Nấm *Candida albican* miệng, hầu, họng. Loét to, nông vùng hội âm gây đau đớn. Gan to 4cm dưới bờ sườn phải, lách không to, hạch không sờ thấy. Khám mắt và thần kinh : đồng tử phải méo mó, thị lực mắt phải giảm nặng, đáy mắt nhiều đám thoái hóa màu trắng quanh mạch máu võng mạc. Cương tụ quanh gai thị. Mắt trái bình thường. Không dấu hiệu thần kinh định vị.

Xét nghiệm cho thấy có hiện tượng thiếu máu (hồng cầu 2,6 triệu-3,6 triệu) bạch cầu 1.500-4.100/ mm³ trong đó lympho bào giảm (100 -400), tiểu cầu giảm nhẹ (114.000/ mm³). Các xét nghiệm khác : phết họng cho thấy nấm hạt men (+++); siêu âm gan : hình ảnh viêm gan; AST và ALT : tăng. HAV, HCV, HBsAg (-); VDRL, TPHA (-). Các xét nghiệm chức năng thận , đường huyết, tim phổi bình thường. Cấy máu không thấy vi khuẩn mọc. Soi vết loét phát hiện các loại vi khuẩn như E.coli, Klebsiella, Staphylococcus, Enterobacter. Huyết thanh chẩn đoán antiCMV-IgG (+), antiCMV-IgM (-). Chụp võng mạc mắt phải cho thấy các đám thâm nhiễm tại võng mạc có màu trắng xen kẽ các đám xuất huyết to nhỏ khác nhau rải rác khắp võng mạc, đặc biệt là quanh các động mạch trung tâm võng mạc. Có hiện tượng phù nề quanh gai thị phải. Võng mạc mắt trái bình thường.

¹ Bs, Trưởng khoa Thần kinh, Bv Đa Khoa Kiên Giang

² Bs, Trưởng khoa Da liễu, Bv Đa Khoa Kiên Giang



Hình chụp (A) đáy mắt trái bình thường. (B) Tổn thương do CMV trên đáy mắt phải : đám xuất huyết (tên trắng dài), đám thoái hóa màu trắng (tên đen dài), phù nề quanh gai thị (tên đen ngắn)

NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Bệnh lý do Cytomegalovirus là một trong những biến chứng nặng nề nhất của AIDS, với tần suất mắc phải tương đương với viêm phổi do *Pneumocystis carinii* hoặc nhiễm khuẩn *Mycobacterium avium complex* lan tỏa¹. Bệnh do CMV xảy ra trên 21% - 44% BN bị AIDS¹ nhất là trên BN có tế bào lympho CD₄ ít hơn 100 / mm³². Tỷ lệ viêm võng mạc trên BN AIDS có nhiễm CMV là 85%³. Như vậy VVM-CMV là nguyên nhân gây mất thị lực hàng đầu trên BN bị AIDS⁴ Trường hợp VVM-CMV đầu tiên được báo cáo như là một biến chứng của AIDS vào năm 1982 và đến năm 1984 thuốc kháng CMV đặc hiệu là ganciclovir được sử dụng rộng rãi. Các báo cáo trên những BN còn sống hơn 6 tháng mà không được điều trị đặc hiệu chống CMV đều bị giảm thị lực trầm trọng hoặc mù hẳn⁵

BN của chúng tôi có cơ địa nhiễm HIV giai đoạn AIDS, ngoài các sang thương ngoài da, nổi bật là triệu chứng giảm thị lực sau đó mù do viêm võng mạc đã gợi ý chẩn đoán lâm sàng nhiễm CMV. Từ đó chúng tôi cho tiến hành chụp võng mạc và đã phát hiện các tổn thương tương đối đặc trưng cho VVM-CMV (Hình). Theo y văn đó là các đám hoại tử toàn bộ chiều dày võng mạc có kèm phù nề. Khám đáy mắt cho thấy các đám thâm nhiễm võng mạc quanh các mạch máu có màu vàng-trắng, có thể kèm các đám xuất huyết⁶. Các tổn thương này sau đó sẽ biến thành các mô sẹo teo mỏng⁷. Nếu không được điều trị với thuốc kháng CMV và HIV, các tổn thương của võng mạc này sẽ lan rộng theo hướng ly tâm và không hồi phục về chức năng thị giác⁸.

Viêm võng mạc do CMV có thể gây nhìn mờ hoặc mất thị lực trung tâm, ám điểm, hiện tượng ruồi bay (floaters) hoặc những chớp loé tùy thuộc vào kích thước của các vùng bị phá hủy của võng mạc và vào tình trạng có hoặc không có bong võng mạc. Các tổn thương gần hoặc lan tới hoàng điểm hoặc gai thị sẽ gây nên mất thị lực trầm trọng dẫn đến mù vĩnh viễn⁹. Tỷ lệ tổn thương thần kinh thị giác vào khoảng > 5% các trường hợp bị VVM-CMV.

Theo CDC Hoa Kỳ (<http://www-cdc.gov/mmwr> National Center for Infectious Diseases Cytomegalovirus (CMV) Infection), trên cơ địa suy giảm miễn dịch, BN bị viêm gan không phải do virus viêm gan A, B, C, có viêm võng mạc gây giảm hoặc mất thị lực, có triệu chứng ngoài da là loét hội âm rất khó điều trị, có hội chứng thiếu máu và giảm tiểu cầu, có hội chứng đau nhức toàn thân hoặc Guillain Barre' cùng kết quả cận lâm sàng [antiCMV-IgG (+), antiCMV-IgM (-), HCV, HBsAg (-)] và hình ảnh tổn thương đáy mắt là điển hình của nhiễm CMV. BN của chúng tôi có đầy đủ các triệu chứng và hội chứng đã nêu nên đây là

trường hợp nhiễm CMV có viêm võng mạc đầu tiên được phát hiện tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang.

Về điều trị hiện nay liệu pháp chuẩn quốc tế cho điều trị nhiễm CMV là ganciclovir và/hoặc valganciclovir cùng foscarnet. Tuy nhiên do tại nước ta chưa có các loại thuốc này nên mặc dù BN đã có dùng thuốc kháng virus khác (acyclovir) nhưng không hiệu quả thậm chí sau đó mắt trái của BN bắt đầu có triệu chứng giảm thị lực và BN đã xin xuất viện.

KẾT LUẬN

Viêm võng mạc do CMV là nguyên nhân gây tổn thương thị lực hàng đầu trên BN bị suy giảm miễn dịch. Tỷ lệ VVM-CMV khá cao trên BN nhiễm HIV/ AIDS cho thấy cần cảnh giác trước những trường hợp giảm thị lực từ từ để lưu ý phát hiện VVM-CMV, nhất là nếu có đi kèm những sang thương ngoài da và các tổn thương cơ quan khác (gan, huyết học). Vấn đề điều trị đặc hiệu còn gặp khó khăn do chưa đủ thuốc tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1-Hoover DR, Saah AJ, Bacellar H, et al. Clinical manifestations of AIDS in the era of pneumocystis prophylaxis. *N Engl J Med* 1993;329:1922-6.
- 2- Jabs DA, Quinn TC. Acquired immunodeficiency syndrome. In: Pepose JS, Holland GN, Wilhelmus KR, eds. *Ocular infection & immunity*. St. Louis: Mosby-Year Book, 1996:289-310.
3. Gallant JE, Moore RD, Richman DD, Keruly J, Chaisson RE. Incidence and natural history of cytomegalovirus disease in patients with advanced human immunodeficiency virus disease treated with zidovudine. *J Infect Dis* 1992;166:1223-7.
4. Kuppermann BD, Petty JG, Richman DD, et al. Correlation between CD4+ counts and prevalence of cytomegalovirus retinitis and human immunodeficiency virus-related noninfectious retinal vasculopathy in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Ophthalmol* 1993;115: 575-82.
5. Jabs DA, Enger C, Bartlett JG. Cytomegalovirus retinitis and acquired immunodeficiency syndrome. *Arch Ophthalmol* 1989;107:75-80.
- 6-Barlett GJ, Gallant JE. CMV retinitis. In : *Medical Management of HIV Infection*. Johns Hopkins Medicine- Health Publishing Business Group, 2004;314-317.
7. Bloom JN, Palestine AG. The diagnosis of cytomegalovirus retinitis. *Ann Intern Med* 1988;109:963-9.
- 8-Wood AJJ. Treatment of Cytomegalovirus retinitis in patients with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. *N Engl J Med* 1997; 337: 105-114.
- 9-Holland GN, Tufail A, Jordan MC. Cytomegalovirus diseases. In: Pepose JS, Holland GN, Wilhelmus KR, eds. *Ocular infection and immunity* St. Louis: Mosby-Year Book, 1996:1088-129.