

BULLOUS CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY: A CASE REPORT

Phan Van Nam Phuong^{1,2*}, Mai Quoc Tung^{1,3}, Do Thi Huyen⁴

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Quang Tri General Hospital - 266 Hung Vuong, Nam Dong Ha Ward, Quang Tri Province, Vietnam

³National Geriatric Hospital - 1A Phuong Mai, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

⁴Hai Phong University of Medicine and Pharmacy - 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong City, Vietnam

Received: 13/10/2025

Revised: 28/10/2025; Accepted: 03/12/2025

ABSTRACT

Objective: Bullous central serous chorioretinopathy is a rare chronic form of central serous chorioretinopathy that can cause irreversible damage, leading to permanent visual impairment.

Subjects and methods: We describe a case of a patient who initially presented with serous retinal detachment and was first diagnosed and treated as Vogt-Koyanagi-Harada disease. With a multimodal ophthalmic imaging approach, the patient was definitively diagnosed with bullous central serous chorioretinopathy, showing characteristic findings such as subretinal fibrin, multiple pigment epithelial detachments, and multiple fluorescein leakage points in both eyes. The patient was prescribed oral spironolactone, and corticosteroids were gradually discontinued.

Results: Initial outcomes showed a relatively good response, with improved visual acuity and a reduction in subretinal fluid, as well as retinal detachment.

Conclusion: Differentiating bullous central serous chorioretinopathy from other posterior segment diseases is essential to avoid inappropriate treatment that may further worsen visual prognosis.

Keywords: Central serous chorioretinopathy, bullous, spironolactone, multimodal imaging.

*Corresponding author

Email: namphuongqt03@gmail.com **Phone:** (+84) 949808159 **DOI:** 10.52163/yhc.v66i6.3989

BỆNH HẮC VỒNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH DẠNG BỌNG: BÁO CÁO CA BỆNH

Phan Văn Nam Phương^{1,2*}, Mai Quốc Tùng^{1,3}, Đỗ Thị Huyền⁴

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa Quảng Trị - 266 Hùng Vương, P. Nam Đông Hà, Quảng Trị, Việt Nam

³Bệnh viện Lão khoa Trung ương - 1A Phương Mai, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

⁴Trường Đại học Y Dược Hải Phòng - 72A Nguyễn Bình Khiêm, P. Gia Viên, Tp. Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận: 13/10/2025

Ngày sửa: 28/10/2025; Ngày đăng: 03/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch dạng bong là thể bệnh mạn tính, hiếm gặp của bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch và dễ bị chẩn đoán nhầm do nhiều biểu hiện chồng lấp với các bệnh lý khác.

Đối tượng và phương pháp: Chúng tôi mô tả một trường hợp bệnh nhân với biểu hiện bong võng mạc thanh dịch được chẩn đoán và điều trị theo hướng của bệnh Vogt-Koyanagi-Harada. Với cách tiếp cận bệnh nhân theo hướng sử dụng chẩn đoán hình ảnh nhãn khoa đa phương thức, chẩn đoán xác định bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch dạng bong được đưa ra với các dấu hiệu như fibrin dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố đa ổ, nhiều lỗ rò huỳnh quang cả 2 mắt. Bệnh nhân được điều trị với Spironolactone và ngừng dùng corticosteroid.

Kết quả: Sau 1 tháng cho thấy bệnh nhân đáp ứng tốt khi thị lực cải thiện, dịch dưới võng mạc cũng như bong võng mạc giảm bớt.

Kết luận: Việc chẩn đoán phân biệt hắc võng mạc trung tâm thanh dịch dạng bong với các bệnh lý đáy mắt khác là rất cần thiết để tránh việc điều trị không phù hợp gây ảnh hưởng nặng hơn lên thị lực.

Từ khóa: Hắc võng mạc trung tâm thanh dịch, dạng bong, spironolactone, chẩn đoán hình ảnh đa phương thức.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1866, bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch lần đầu tiên được mô tả bởi Albrecht von Graefe và được Gass J.D đề xuất tên gọi như hiện nay [1]. Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch là một trong những bệnh lý phổ biến có thể gây mất thị lực và xẹp thứ tư trong các bệnh lý võng mạc thường gặp, chỉ sau thoái hóa hoàng điểm tuổi già, bệnh võng mạc đái tháo đường và tắc tĩnh mạch võng mạc [2]. Bệnh thường gặp ở nam hơn nữ và độ tuổi khởi phát bệnh nằm trong khoảng từ 39-51 tuổi [3-4]. Mặc dù các đợt bệnh cấp tính thường tự khỏi, bệnh có tỉ lệ tái phát tương đối cao, khoảng 15-50% [5].

Trong các thể bệnh thì hắc võng mạc trung tâm thanh dịch dạng bong hiếm gặp nhất, mặc dù được Gass J.D mô tả lần đầu vào năm 1973 [6]. Các tác giả trên thế giới có xu hướng mô tả thể bệnh này với các

đặc điểm tổn thương riêng biệt trên lâm sàng và cả trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nhãn khoa [7-8]. Tuy vậy, thể bệnh này gây ra nhiều thách thức trong vấn đề chẩn đoán xác định khi có nhiều dấu hiệu tương tự các bệnh lý khác như bong võng mạc có vết rách hoặc bệnh Vogt-Koyanagi-Harada (VKH). Điều này dẫn đến việc điều trị không chính xác làm bệnh diễn biến kéo dài và có nguy cơ tổn hại thị lực nghiêm trọng và vĩnh viễn.

Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào được công bố về thể bệnh này khiến các bác sỹ gặp khó khăn khi tiếp cận với chẩn đoán. Do đó nhân một trường hợp ca bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch, chúng tôi giới thiệu và thảo luận cách tiếp cận phát hiện, chẩn đoán xác định thể bệnh này theo xu hướng hiện nay.

*Tác giả liên hệ

Email: namphuongqt03@gmail.com Điện thoại: (+84) 949808159 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3989

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 43 tuổi, sống ở nông thôn, nghề nghiệp buôn bán tự do. Bệnh nhân chưa phát hiện bệnh lý nội, ngoại khoa nào trước đây. Tại thời điểm đến khám, bệnh nhân mất ngủ, hay thức đêm, lo lắng vì chuyện gia đình cách 3,5 tháng.

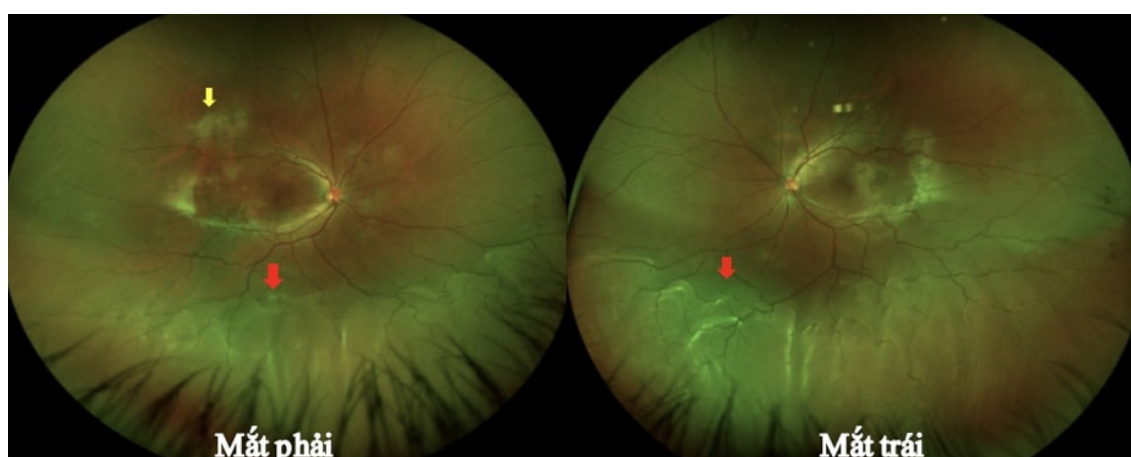
Bệnh nhân đến khám vì nhìn quầng vàng ở mắt phải cách 3 tháng, đã khám tại cơ sở khác và được chẩn đoán mắt phải bị bệnh VKH và truyền bolus Solumedrol 1 g/ngày trong 3 ngày. Tại thời điểm tới khám, bệnh nhân đang dùng Medrol đường uống liều 32 mg/ngày và Cellcept 500 mg/ngày. Sau khi

truyền liều bolus, bệnh nhân thấy mắt trái cũng thấy quầng vàng và hai mắt dần dần mờ đi.

Thị lực chỉnh kính tối đa: mắt phải 20/160, mắt trái 20/160.

Bán phần trước, vận nhãn, nhãn áp và thị trường đối chiếu không thấy tổn thương.

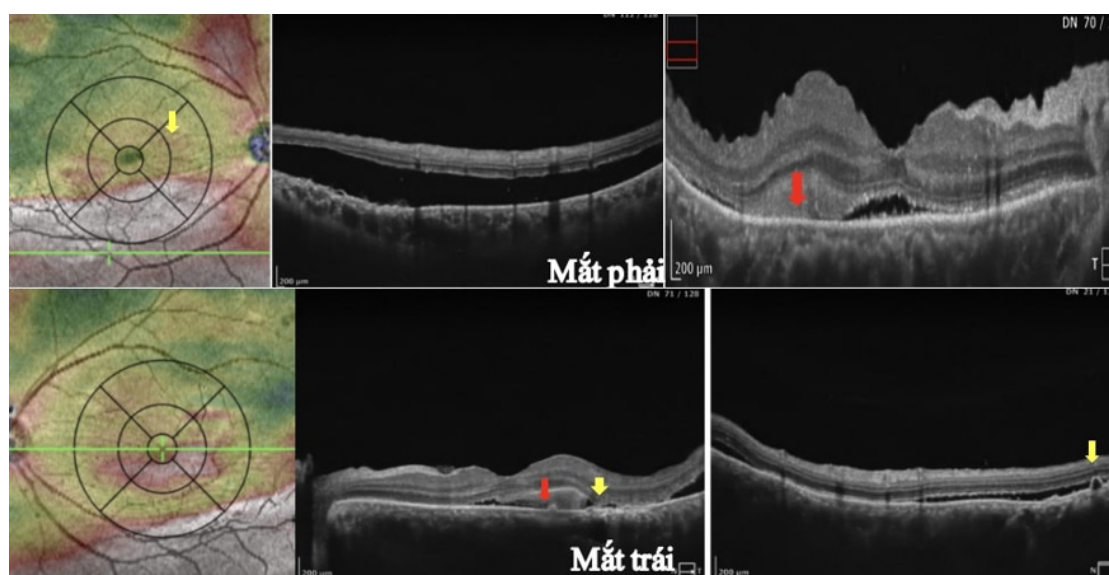
Đánh giá lâm sàng bán phần sau ghi nhận: hai mắt có hình ảnh các ổ dịch dưới võng mạc có lắng đọng fibrin kèm theo bong thanh dịch võng mạc rộng phía dưới.



Hình 1. Ảnh chụp màu đáy mắt góc rộng

Chú thích: Mũi tên màu đỏ: bong thanh dịch võng mạc; mũi tên màu vàng: bong hắc võng mạc trung tâm thanh dịch.

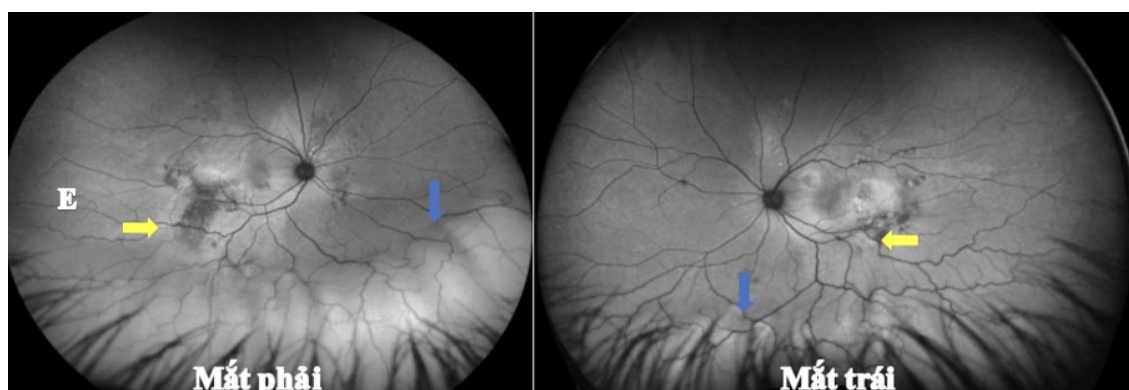
Trên ảnh chụp cắt lớp quang học (OCT) bán phần sau: hai mắt có hình ảnh dịch dưới võng mạc vùng hậu cực với tín hiệu phản xạ không đồng nhất tương ứng với các chất fibrin lắng đọng, kèm theo nhiều ổ bong hắc võng mạc trung tâm thanh dịch rải rác cả vùng hậu cực và vùng võng mạc phía dưới.



Hình 2. Ảnh chụp cắt lớp quang học đáy mắt

Chú thích: Mũi tên màu đỏ: fibrin và dải dịch dưới võng mạc; mũi tên màu vàng: bong hắc võng mạc trung tâm thanh dịch.

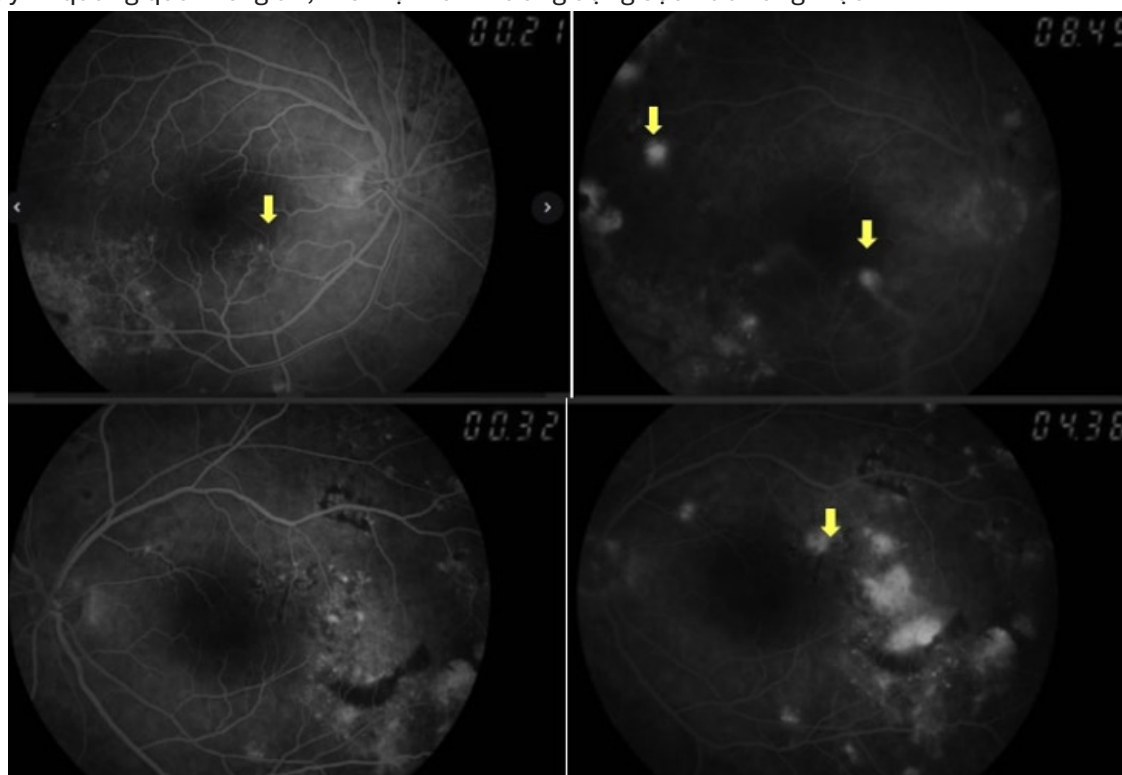
Trên chụp tự phát huỳnh quang đáy mắt (FAF): hai mắt có các vùng tăng tự phát huỳnh quang vùng hậu cực và võng mạc phía dưới tương ứng với vùng bong thanh dịch võng mạc và các ổ giảm tự phát huỳnh quang.



Hình 3. Ảnh chụp tự phát huỳnh quang

Chú thích: Mũi tên màu vàng: ổ giảm tự phát huỳnh quang; mũi tên màu xanh: bong thanh dịch võng mạc.

Kết quả ảnh chụp mạch huỳnh quang với Fluorescein chỉ ra rằng hai mắt có nhiều ổ tổn thương tăng huỳnh quang theo thời gian tương ứng với các lỗ rò huỳnh quang. Ở mắt trái, vị trí cạnh hoàng điểm có ổ tổn thương giảm huỳnh quang qua thời gian, thể hiện tổn thương dạng sẹo hắc võng mạc.



Hình 4. Ảnh chụp mạch huỳnh quang với Fluorescein

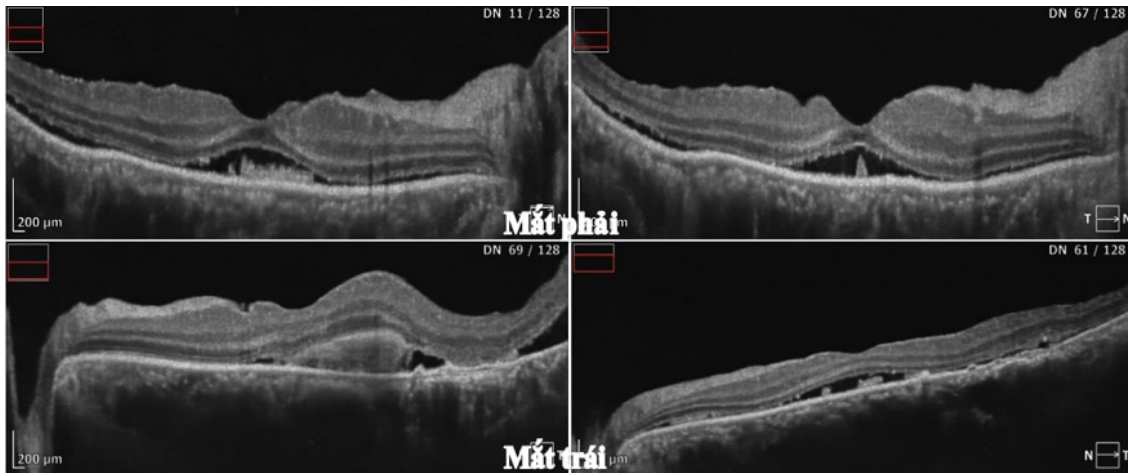
Chú thích: Mũi tên màu vàng: các lỗ rò huỳnh quang.

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định: hai mắt bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch dạng bong và được điều trị Spironolactone 250 mg x 2 viên/ngày trong 30 ngày, giảm liều Medrol đường uống dần dần đến khi đạt ngưỡng an toàn để ngừng thuốc. Bệnh nhân cũng được tư vấn giữ tinh thần thoải mái, tránh căng thẳng, tránh rượu, bia, thuốc lá.

Sau 1 tháng, bệnh nhân cảm thấy 2 mắt quầng vàng giảm bớt, nhìn rõ hơn.

Thị lực chính kính tối đa: mắt phải 20/40, mắt trái 20/40.

Theo dõi bằng OCT: hai mắt chiều dày võng mạc trung tâm giảm, xuất tiết dưới võng mạc và dịch ở vùng bong thanh dịch giảm bớt, các ổ bong bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch vẫn còn.



Hình 5. Ảnh chụp OCT mắt phải vào thời điểm mới đến khám và sau 1 tháng

Bệnh nhân được tiếp tục duy trì Spironolactone 250 mg × 2 viên/ngày trong 2 tháng tiếp theo vì tiến triển tốt với thị lực tăng và các tổn thương võng mạc giảm bớt.

4. BÀN LUẬN

Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch dạng bọt là thể bệnh mạn tính và hiếm gặp với những đặc trưng riêng biệt [9]. Đến thời điểm hiện tại, bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch nói chung và thể bệnh dạng bọt nói riêng vẫn chưa có cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán xác định rõ ràng cũng như phương pháp điều trị triệt để [8].

Hai giả thiết về cơ chế được chấp nhận rộng rãi nhất là cơ chế về sự rối loạn chức năng mạch máu hắc mạc và rối loạn chức năng lớp biểu mô sắc tố. Với giả thiết đầu tiên, Gass J.D đề xuất về mô hình thiếu máu hắc mạc dẫn đến phá vỡ hắc võng mạc trung tâm thanh dịch khiến cho dịch đọng dưới võng mạc [1]. Ngoài ra, các lớp mạch máu võng mạc ngoài bị phá vỡ gây rò rỉ protein, phù hợp cho dấu hiệu fibrin dưới võng mạc và bong hắc võng mạc trung tâm thanh dịch [9]. Với cơ chế về bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch, việc tổn thương lớp tế bào có chức năng dinh dưỡng này gây đảo chiều dòng vận chuyển các ion, khiến dịch bị đẩy ra khỏi lòng mạch, tích tụ dưới võng mạc [10].

Bệnh nhân mắc hắc võng mạc trung tâm thanh dịch thường mô tả mắt nhìn kém đi, có chấm đen hoặc quầng vàng ở giữa, hình ảnh méo mó và nhìn màu “không thật”. Khi thăm khám, các dấu hiệu như xuất tiết và fibrin dưới võng mạc, bong võng mạc xuất tiết và bong hắc võng mạc trung tâm thanh dịch đa ổ thường được phát hiện. Các dấu hiệu âm tính quan trọng cần loại trừ để không chẩn đoán nhầm là các dấu hiệu viêm, xuất huyết võng mạc hay lỗ rách võng mạc [8].

Ngày nay, nhiều thiết bị chẩn đoán hình ảnh đã được

ứng dụng trong nghiên cứu cơ chế bệnh sinh, chẩn đoán, theo dõi điều trị và tiên lượng bệnh trong các bệnh lý đáy mắt. Những phương tiện thường được sử dụng bao gồm: chụp cắt lớp quang học đáy mắt, chụp tự phát huỳnh quang, chụp mạch huỳnh quang với Fluorescein và Indocyanine Green. Đối với một thể bệnh hiếm gặp như hắc võng mạc trung tâm thanh dịch dạng bọt, việc ứng dụng chẩn đoán hình ảnh nhãn khoa đa phương thức là rất cần thiết và là xu hướng tiếp cận đang được sử dụng rộng rãi trên thế giới.

Mục tiêu điều trị của hắc võng mạc trung tâm thanh dịch nói chung cũng như thể dạng bọt là tái lập mối liên kết giữa võng mạc cảm thụ và hắc võng mạc trung tâm thanh dịch về cả giải phẫu và chức năng vì đây là nguyên nhân cơ bản gây ra các tổn thương vĩnh viễn ở võng mạc [8], [11]. Điều trị hắc võng mạc trung tâm thanh dịch dạng bọt bao gồm nhiều phương pháp. Một số nghiên cứu chỉ ra bệnh có thể tự khỏi nhưng tỉ lệ tái phát cao, phương pháp để bệnh tự khỏi chỉ áp dụng khi mắc bệnh dưới 1 năm để tránh có những tổn thương võng mạc và hắc võng mạc trung tâm thanh dịch không hồi phục. Về nội khoa, nhiều tác giả ủng hộ việc sử dụng thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (spironolactone...), hoặc sử dụng LASER quang đông, LASER quang động... [8]. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra việc phẫu thuật dẫn lưu dịch qua đường củng mạc, hoặc cắt dịch kính, đại động củng mạc có thể mang lại kết quả khả quan [12].

Đây là bệnh lý lành tính, nhưng hay tái phát và thường để lại các tổn thương hắc võng mạc vĩnh viễn. Thêm vào đó, bệnh lý này thường gặp ở độ tuổi lao động gây ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của người bệnh.

5. KẾT LUẬN

Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch dạng bọt là thể bệnh hiếm gặp và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác. Do đó nên kết hợp đa phương tiện chẩn đoán

hình ảnh nhãn khoa trong chẩn đoán để tránh chậm trễ và sai sót.

LỜI CẢM ƠN

Xin chân thành cảm ơn các bệnh nhân và Phòng khám Mắt, Bệnh viện Lão khoa Trung ương đã hợp tác, giúp đỡ, tạo điều kiện để chúng tôi hoàn thành báo cáo ca bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Gass J.D. Pathogenesis of disciform detachment of the neuroepithelium. *Am J Ophthalmol*, 1967, 63 (3): Suppl: 1-139.
- [2] Wang M, Munch I.C, Hasler P.W, Prunte C, Larsen M. Central serous chorioretinopathy. *Acta Ophthalmol (Copenh)*, 2008, 86 (2): 126-145.
- [3] Tsai D.C, Chen S.J, Huang C.C et al. Epidemiology of idiopathic central serous chorioretinopathy in Taiwan, 2001-2006: a population-based study. *PloS One*, 2013, 8 (6): e66858.
- [4] Kitzmann A.S, Pulido J.S, Diehl N.N, Hodge D.O, Burke J.P. The incidence of central serous chorioretinopathy in Olmsted county, Minnesota, 1980-2002. *Ophthalmology*, 2008, 115 (1): 169-173.
- [5] Loo R.H, Scott I.U, Flynn H.W et al. Factors associated with reduced visual acuity during long-term follow-up of patients with idiopathic central serous chorioretinopathy. *Retina Phila Pa*, 2002, 22 (1): 19-24.
- [6] Gass J.D. Bullous retinal detachment. An unusual manifestation of idiopathic central serous choroidopathy. *Am J Ophthalmol*, 1973, 75 (5): 810-821.
- [7] Balaratnasingam C, Freund K.B, Tan A.M et al. Bullous variant of central serous chorioretinopathy: Expansion of phenotypic features using multimethod imaging. *Ophthalmology*, 2016, 123 (7): 1541-1552.
- [8] Sartini F, Menchini M, Posarelli C, Casini G, Ficus M. Bullous central serous chorioretinopathy: A rare and atypical form of central serous chorioretinopathy. A systematic review. *Pharmaceuticals*, 2020, 13 (9): 221.
- [9] Kaye R, Chandra S, Sheth J, Boon C.J.F, Sivaprasad S, Lotery A. Central serous chorioretinopathy: An update on risk factors, pathophysiology and imaging modalities. *Prog Retin Eye Res*, 2020, 79: 100865.
- [10] Spitznas M. Pathogenesis of central serous retinopathy: a new working hypothesis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol Albrecht Von Graefes Arch Klin Exp Ophthalmol*, 1986, 224 (4): 321-324.
- [11] Zhang X, Lim C.Z.F, Chhablani J, Wong Y.M. Central serous chorioretinopathy: updates in the pathogenesis, diagnosis and therapeutic strategies. *Eye Vis Lond Engl*, 2023, 10 (1): 33.
- [12] Maggio E, Mete M, Maraone G, Arena F, Pertile G. Scleral thinning surgery for bullous retinal detachment with retinal pigment epithelial tear in central serous chorioretinopathy: a case report. *BMC Ophthalmol*, 2020, 20 (1): 133.