



HỘI NGHỊ KHOA HỌC BỆNH PHỔI TOÀN QUỐC

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP CỐT HÓA NIÊM MẠC KHÍ PHẾ QUẢN

PGS. TS Nguyễn Chi Lăng
PGS. TS Lê Trung Thọ
BS Dương Danh Bộ

BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

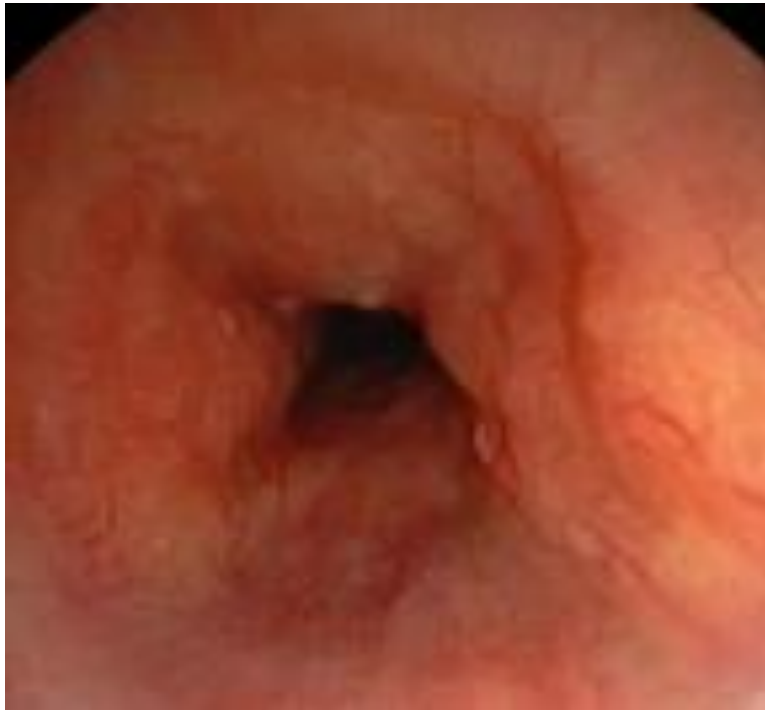


TRƯỜNG HỢP BÁO CÁO

- ◆ Bệnh nhân Đặng Th H Tr, Nữ, 20 tuổi vào viện vì khó thở
- ◆ Tiền sử: từ nhỏ hay ho, sốt điều trị kháng sinh hết
- ◆ Bệnh sử: Nhiều năm trước khi nhập viện, hàng năm, bệnh nhân ho và nhiễm trùng hô hấp. Một năm trở lại đây xuất hiện khó thở khò khè tăng dần, đôi khi khái huyết lẫn đờm. Bệnh nhân đi khám ở BV tuyến tỉnh được soi phế quản chẩn đoán hẹp khí quản do u chuyển BV Phổi TU.
- ◆ Đông cầm máu, công thức bạch cầu máu ngoại vi không thấy bất thường
- ◆ Procalcitonin 0,020ng/mL
- ◆ Xét nghiệm đờm có *Klebsiella pneumonia*, AFB(-)

TRƯỜNG HỢP BÁO CÁO

◆ Nội soi phế quản ống mềm:



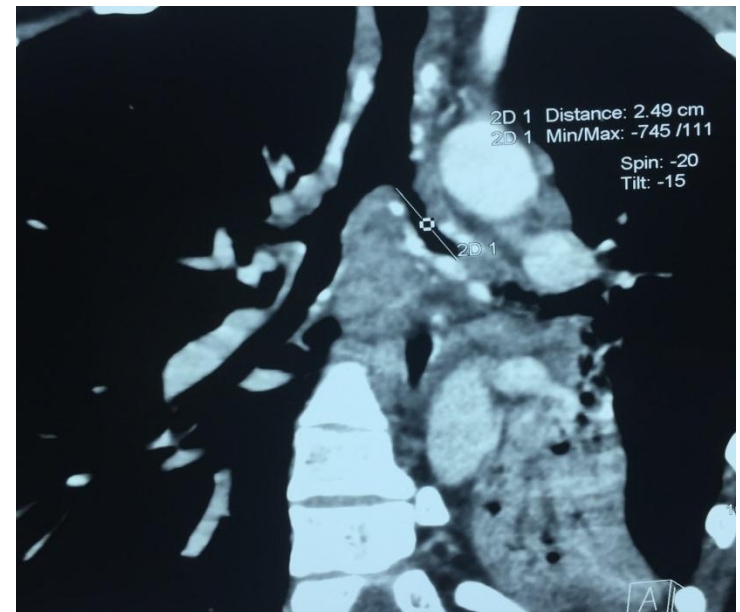
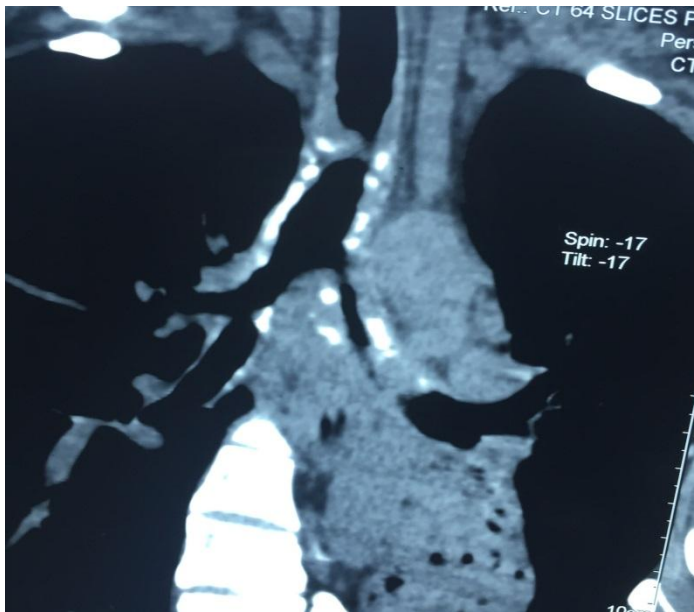
Khí quản đoạn 1/3 giữa và dưới có nhiều nốt ở thành trước và thành bên gây hẹp khí quản



PQ góc phải nhiều nốt nhỏ ở thành trước và thành bên. PQ góc trái nốt nhỏ tập trung gây hẹp hoàn toàn khẩu kính phế quản

TRƯỜNG HỢP BÁO CÁO

◆ Phim CT Scanner ngực



Một số nốt vôi hoá ở thành bên của 1/3 dưới khí quản lồi vào trong gây hẹp gần hết khẩu kính, thành 2 bên ở 1/3 dưới khí quản đến sát carina, phế quản gốc phải và trái nhiều nốt vôi hoá, hẹp hoàn toàn khẩu kính phế quản gốc trái

TRƯỜNG HỢP BÁO CÁO

◆ Bệnh nhân được NSPQ ống cứng can thiệp

- Sử dụng điện đông cao tần lấy được tổ chức nốt sùi ở nơi hẹp khí quản, lòng khí quản thông thoáng trở lại
- Xét nghiệm mô học chẩn đoán xác định: Tracheobronchopathia osteochondroplastica



Mô học thấy xương hóa và ngấm canxi dưới niêm mạc phế quản

- ## ◆ Sau 1 tuần điều trị kháng sinh chống viêm, bệnh nhân xuất viện với tình trạng lâm sàng cải thiện tốt, sinh hoạt, đi lại bình thường, hết khó thở, SpO2 dao động 95- 96%.

BÀN LUẬN

- ◆ Bệnh TO là bệnh hiếm gặp của đường thở lớn với tổn thương đặc trưng là nhiều nốt xương, sụn khu trú ở dưới niêm mạc thành khí phế quản
- ◆ Bệnh được mô tả đầu tiên ở giữa thế kỷ 19 với tên “ lắng đọng xương, sụn ở thanh, khí, phế quản” sau này bệnh được đặt tên bệnh là: “ Tracheopathia osteoplatica/ TO ”

BÀN LUẬN

1. CHẨN ĐOÁN

◆ Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng

- Phần lớn các bệnh nhân không có triệu chứng hô hấp không đặc hiệu như ho, khò khè, khái huyết hoặc nhiễm trùng tái phát
- Một số trường hợp, bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng đầu tiên của TO là khó thở, suy hô hấp, khi đặt nội khí quản khó khăn do hẹp khí quản. Đa số các trường hợp không có dấu hiệu lâm sàng. Số ít trường hợp có tắc nghẽn đường thở trầm trọng, biểu hiện khó thở co rút lồng ngực và ran phế quản. Những triệu chứng và hình ảnh lâm sàng như vậy rất giống bệnh hen phế quản.
- Bệnh nhân chúng tôi báo cáo có đầy đủ các dấu hiệu trên

BÀN LUẬN

1. CHẨN ĐOÁN

◆ Soi phế quản ống mềm

- TO thường tình cờ phát hiện khi soi phế quản ống mềm
- Hình ảnh tổn thương: nhiều nốt cứng xuất phát từ dưới niêm mạc và lồi vào trong khẩu kính cây khí phế quản.
- Tổn thương điển hình là các nốt nằm rải rác ở thành trước và thành bên của khí phế quản. Tổn thương nốt hầu hết nằm ở khí quản và phế quản lớn, ngoài ra ít trường hợp nằm ở phế quản thùy, phân thùy.
- Kích thước các nốt khác nhau từ 1 đến 10mm nằm rải rác, những nốt có thể tập hợp với nhau thành nốt lớn gây nên tắc nghẽn đường thở.

BÀN LUẬN

1. CHẨN ĐOÁN

◆ Soi phế quản ống mềm

- Có một vài trường hợp tổn thương ở thanh quản cũng đã được báo cáo.
- Trường hợp chúng tôi báo cáo, soi phế quản tổn thương nhiều nốt lồi vào trong lòng khí phế quản gây hẹp 3/4 khẩu kính khí quản, hẹp hoàn toàn phế quản gốc trái, hẹp phế quản gốc phải.

BÀN LUẬN

1. CHẨN ĐOÁN

◆ Chẩn đoán hình ảnh

- Phim X quang lồng ngực thường không thấy tổn thương
- CT lồng ngực thấy nhiều nốt dưới niêm mạc, đặc biệt là ở khí quản và phế quản gốc, những nốt này vôi hoá một nửa các trường hợp.
- Diễn hình là các nốt tổn thương ít gặp ở thành sau khí phế quản.
- Phim CT ngực của bệnh nhân báo cáo cũng thấy nốt vôi hóa thành bên của khí quản và phế quản gốc 2 bên

BÀN LUẬN

2. TIẾN TRIỂN BỆNH

- ◆ Do nốt dưới niêm mạc khí, phế quản làm biến đổi giải phẫu đường thở và dị sản vảy, làm suy giảm sự làm sạch của niêm mạc đường thở, nhiễm trùng khí phế quản tái phát, tắc nghẽn khí quản, phế quản dẫn đến tình trạng xẹp phổi. Một số trường hợp viêm phổi nặng đe dọa tính mạng. Nhưng đa số các trường hợp TO lâm sàng có dấu hiệu hô hấp dai dẳng hoặc viêm đường thở tái phát.
- ◆ Các nốt của TO đường như ổn định nhiều năm, tiến triển với tỷ lệ rất thấp. Cũng có bệnh nhân tiến triển nhanh.
- ◆ Bệnh nhân chúng tôi báo cáo có dấu hiệu nhiều năm nhưng chưa được phát hiện bệnh khi có suy hô hấp mới được nội soi chẩn đoán xác định.

3. ĐIỀU TRỊ

- ◆ Hiện nay chưa có phương pháp điều trị để ngăn chặn sự phát triển các nốt của TO. Đa số bệnh nhân không được phát hiện đường thở bị thu hẹp đáng kể do tổn thương. Một loạt báo cáo gần đây cho thấy chỉ có 2 trong tổng số 41 bệnh nhân phải điều trị bằng phương pháp can thiệp xâm lấn để làm giảm tắc nghẽn đường thở.
- ◆ Bệnh nhân của chúng tôi được điều trị nội soi phế quản can thiệp bằng ống cứng loại bỏ tổn thương làm thông thoáng đường thở
- ◆ Một số ít báo cáo điều trị bằng laser và nội soi để loại bỏ các nốt của TO với kết quả cải thiện dấu hiệu lâm sàng
- ◆ Điều trị kháng sinh được khuyến cáo sử dụng cho VPQ cấp

BÀN LUẬN

4. NGUYÊN NHÂN

- ◆ Nguyên nhân của TO hiện vẫn chưa biết. Một số nghiên cứu cho thấy sự song hành của TO với bệnh viêm mũi teo (ozena). Các vi khuẩn *Klebsiella ozenae* là thường xuyên phân lập trong cả hai bệnh này.
- ◆ Bệnh nhân chúng tôi báo cáo xét nghiệm có *Klebsiella pneumoniae*. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa chứng minh mối liên quan hai bệnh này .
- ◆ Các cơ chế hình thành các nốt trong TO chưa biết. Gần đây nghiên cứu hoá mô miễn dịch nốt tổn thương của TO cho giả thiết rằng: vai trò của protein 2 (BMP-2) gen hình thành xương, đóng vai trò sinh lý quan trọng trong việc hình thành xương và sụn mới.



KẾT LUẬN

- ◆ TO là bệnh hiếm gặp, chưa rõ nguyên nhân gây bệnh, lâm sàng không có triệu chứng đặc hiệu hiệu, bệnh tiến triển từ từ gây tác nghẽn đường thở. Hiện nay không có thuốc điều trị làm giảm sự tiến triển bệnh, một số trường hợp phải can thiệp nội soi hoặc phương pháp khác để thông thoáng đường thở.
- ◆ Chẩn đoán bệnh dựa vào CT lồng ngực, nội soi phế quản sinh thiết xét nghiệm mô bệnh học xác định chẩn đoán.



XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN