Hẹp khí quản và các phế quản lớn do mềm sụn khí – phế quản: báo cáo nhân 1 cas.

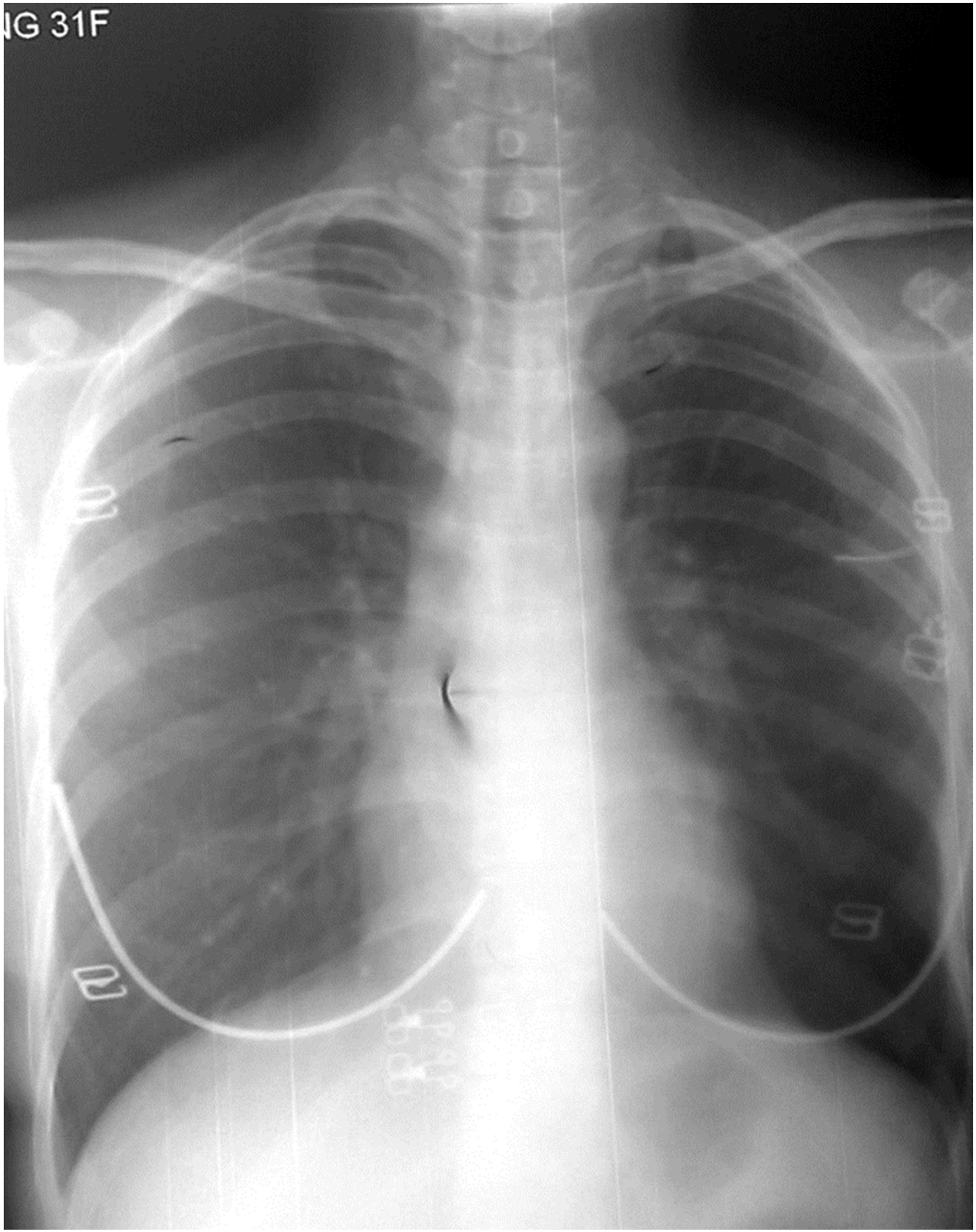
BS Lê Hữu Linh.

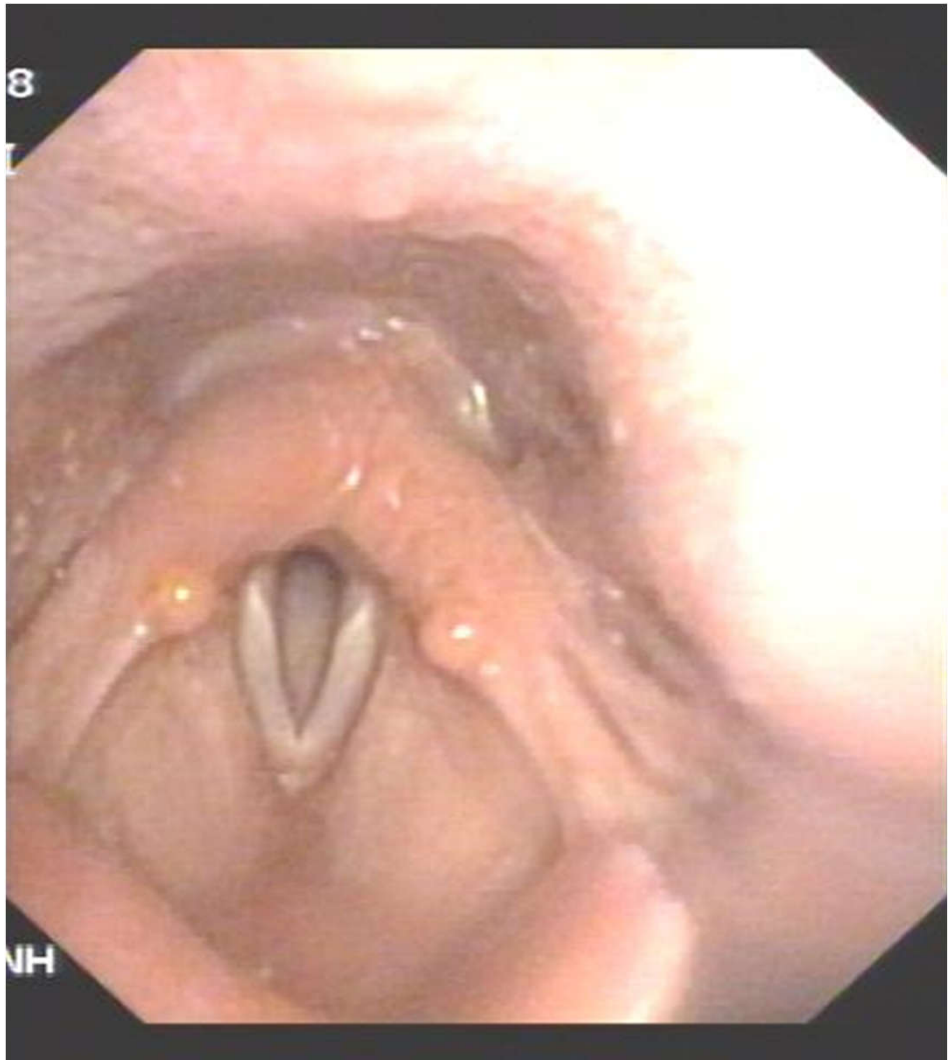
Bệnh Sữ:

- Bn nữ 31t, đến MEDIC khám bệnh vì mất tiếng và khó thở.
- Tiền căn: Điếc đột ngột sau sanh cách đây 2 năm.
- 6 tháng nay, bệnh nhân hay ho khúc khắc, mất tiếng dần và than khó thở: khó thở phải hít sâu, thở đôi lúc có tiếng rít, khó thở tăng khi gắng sức. Tình trạng mất tiếng và khó thở cứ tăng dần, dù đã điều trị nhiều nơi.

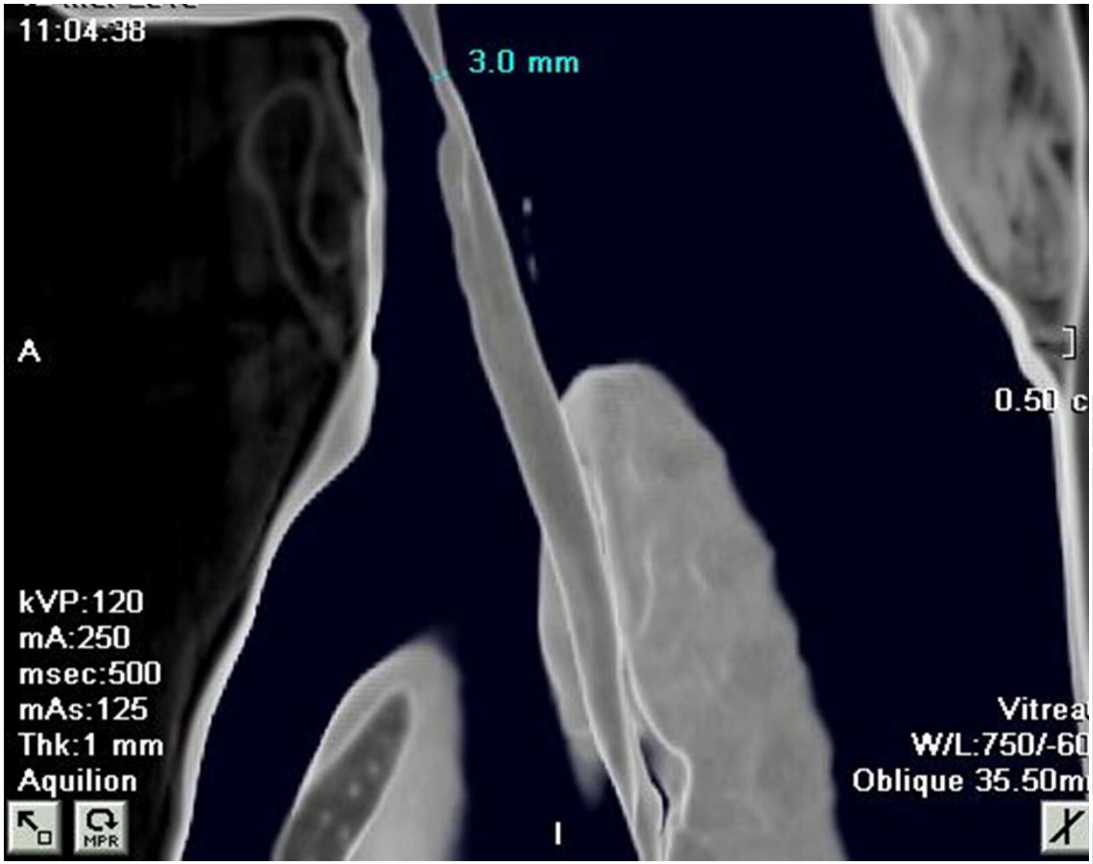
Khám

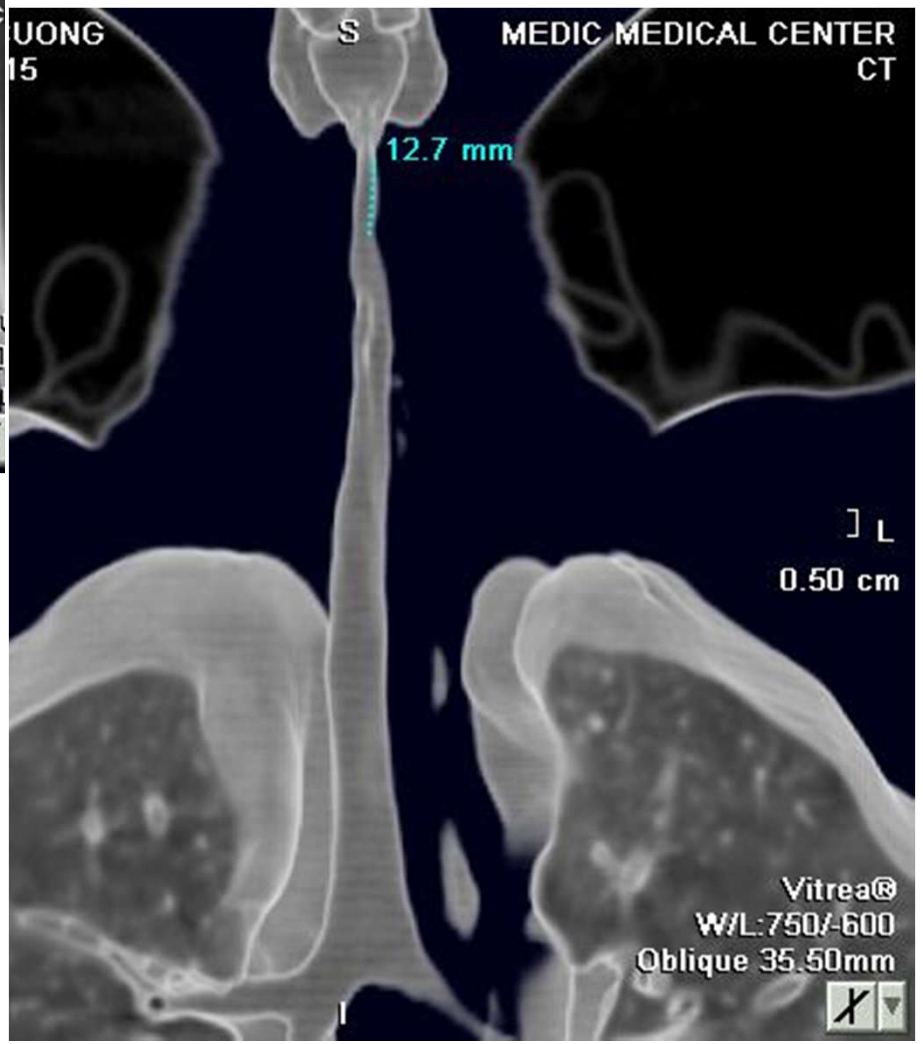
- Tổng trạng tốt, dấu sinh hiệu ổn định: không sốt, không cao huyết áp.
- Bn điếc hoàn toàn và mất tiếng.
- Phổi: Tiếng rít nhỏ lan tỏa 2 phổi cả 2 thì, càng thở nhanh thì tiếng rít càng rõ.
- Các dấu thần kinh khu trú không có.
- Các cơ quan khác không bất thường.

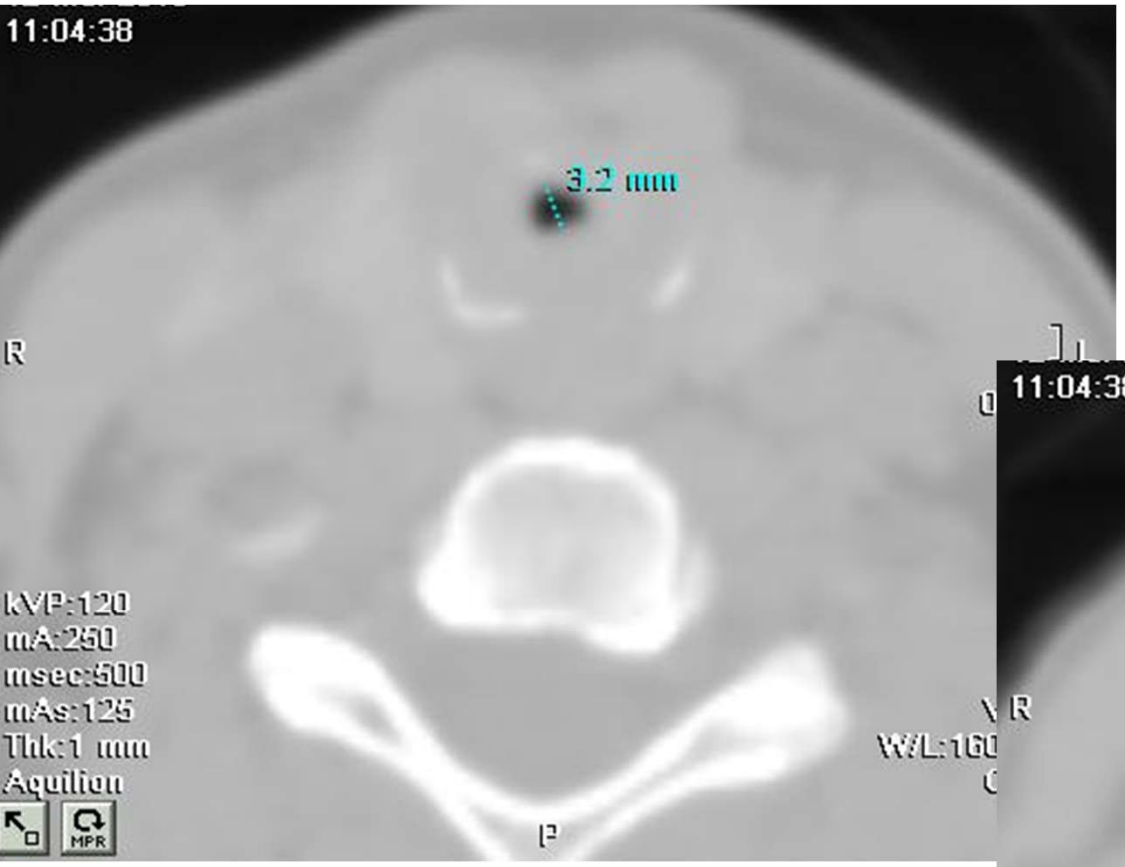

NG 31F

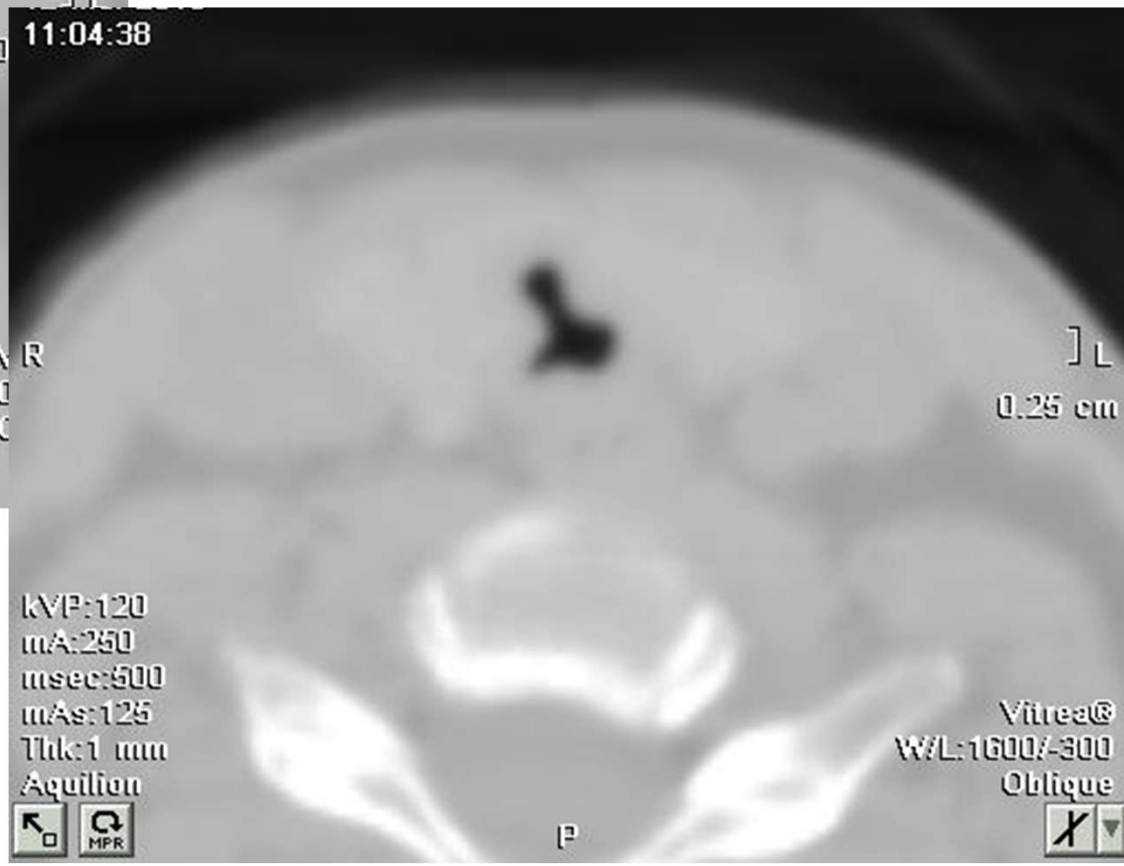


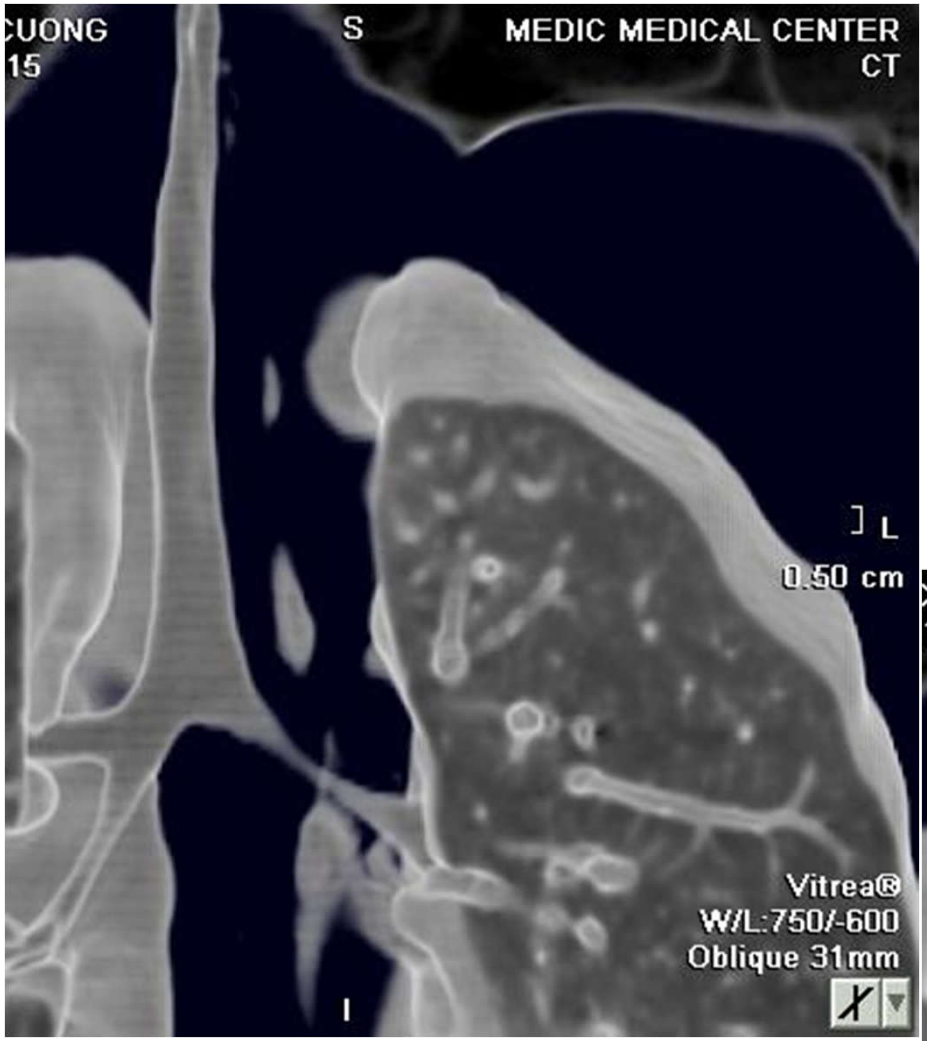
Nội soi thanh quản: Hình dạng và cử động khép mở 2 dây thanh bình thường, tuy nhiên khi phát âm 2 dây thanh khép kín nhưng lực rất yếu nên không phát ra tiếng.

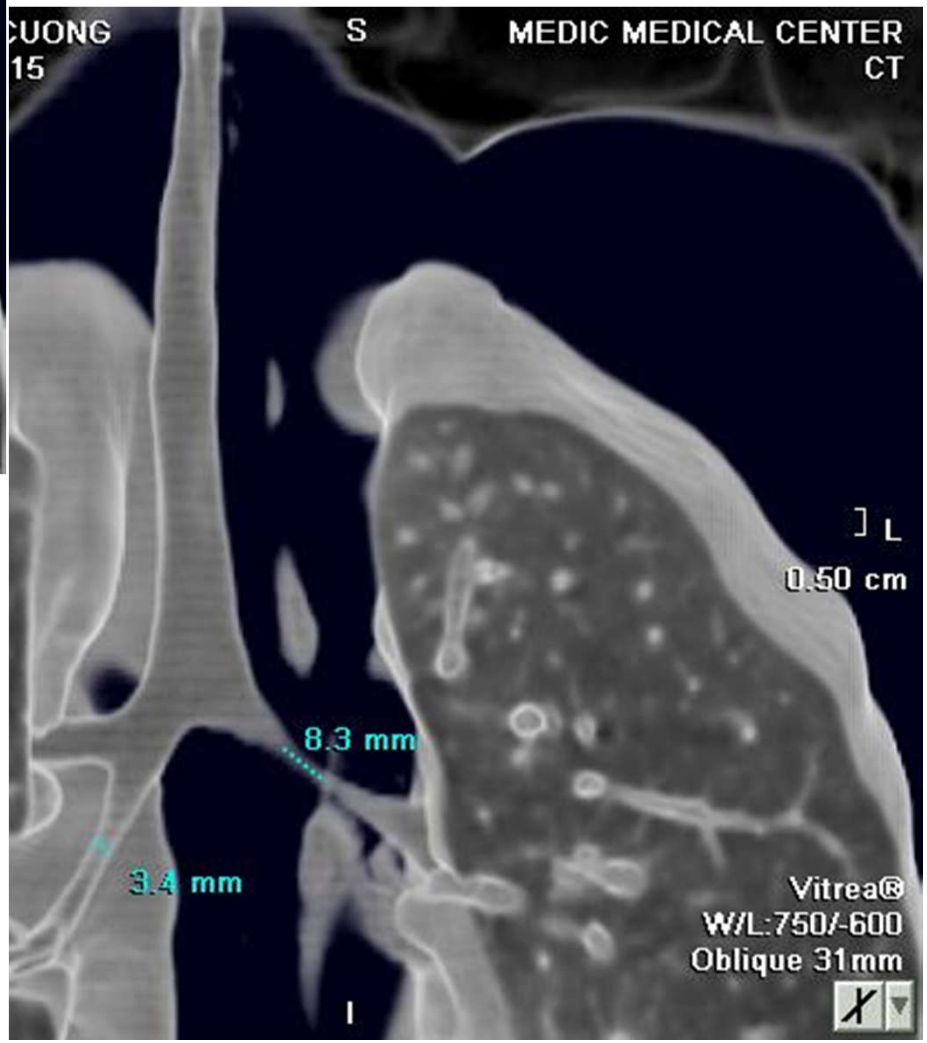

11:04:38
3.0 mm
A
0.50 c
kVP:120
mA:250
msec:500
mAs:125
Thk:1 mm
Aquilion
MPR
Vitrea
W/L:750/-60
Oblique 35.50m
I

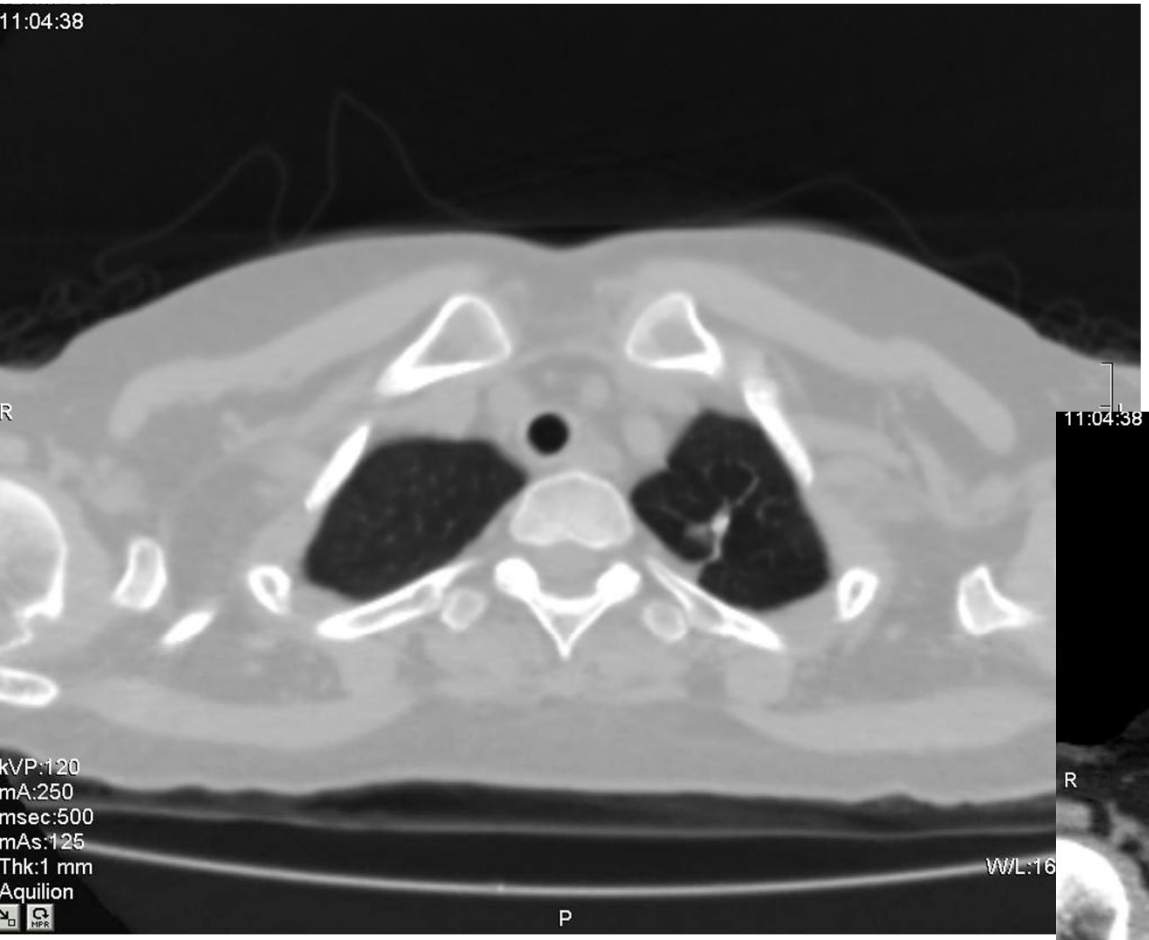

UONG
15
S
MEDIC MEDICAL CENTER
CT
12.7 mm
L
0.50 cm
Vitrea®
W/L:750/-600
Oblique 35.50mm
I

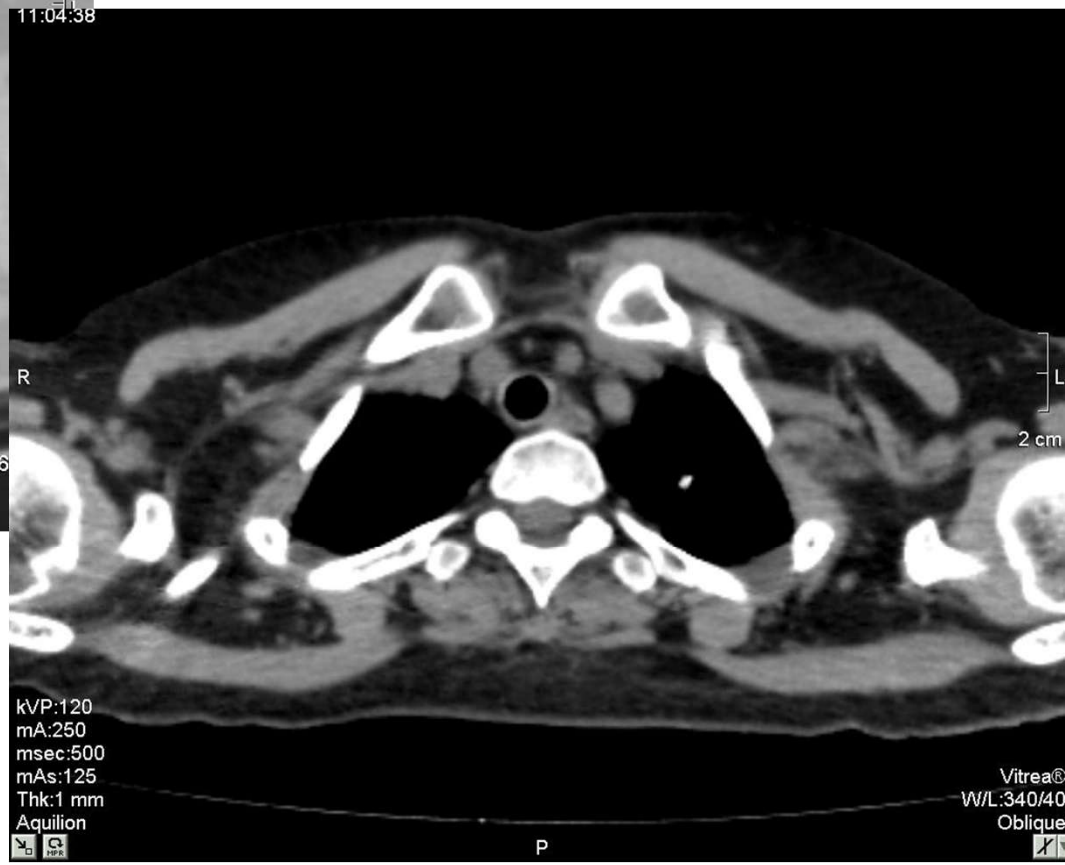

11:04:38
3.2 mm
R
kVP:120
mA:250
msec:500
mAs:125
Thk:1 mm
Aquilion
MPR


11:04:38
R
L
0.25 cm
kVP:120
mA:250
msec:500
mAs:125
Thk:1 mm
Aquilion
MPR
Vitrea®
W/L:1600/-300
Oblique


CUONG
15
S
MEDIC MEDICAL CENTER
CT
L
0.50 cm
Vitrea®
W/L:750/-600
Oblique 31mm
I


CUONG
15
S
MEDIC MEDICAL CENTER
CT
L
0.50 cm
8.3 mm
3.4 mm
Vitrea®
W/L:750/-600
Oblique 31mm
I

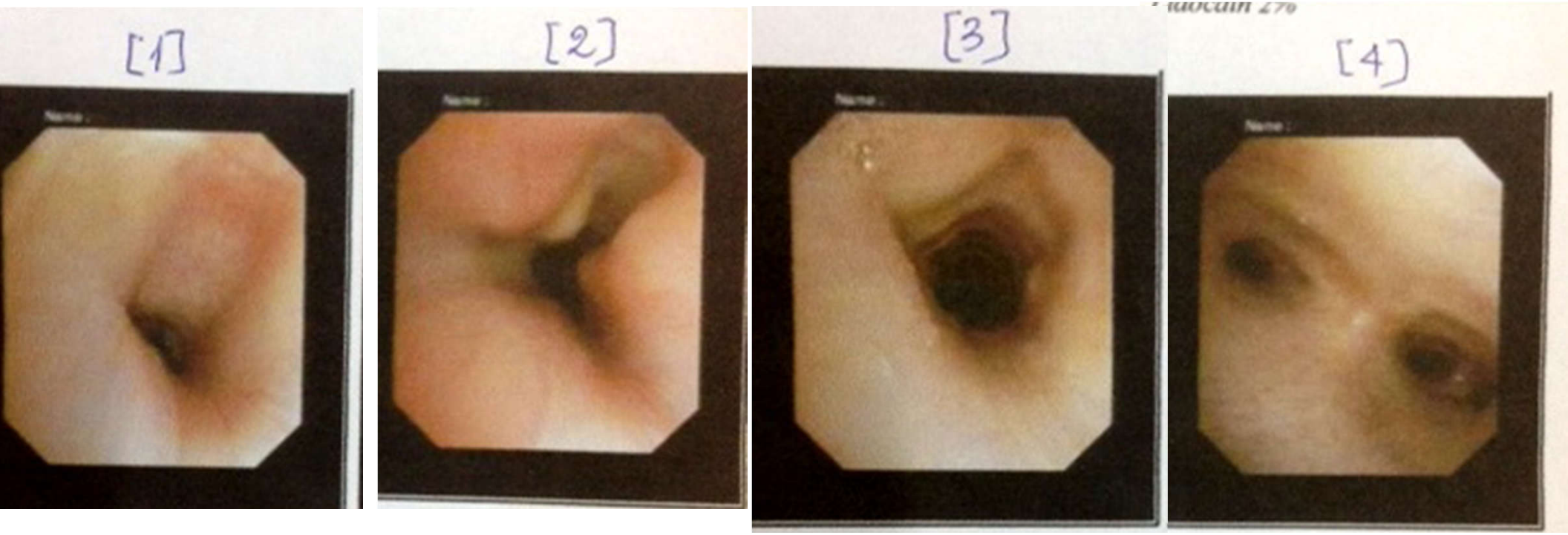

11:04:38
R
kVP:120
mA:250
msec:500
mAs:125
Thk:1 mm
Aquilion
W/L:16
P


11:04:38
R
2 cm
kVP:120
mA:250
msec:500
mAs:125
Thk:1 mm
Aquilion
Vitrea®
W/L:340/40
Oblique
P

Chẩn đoán:

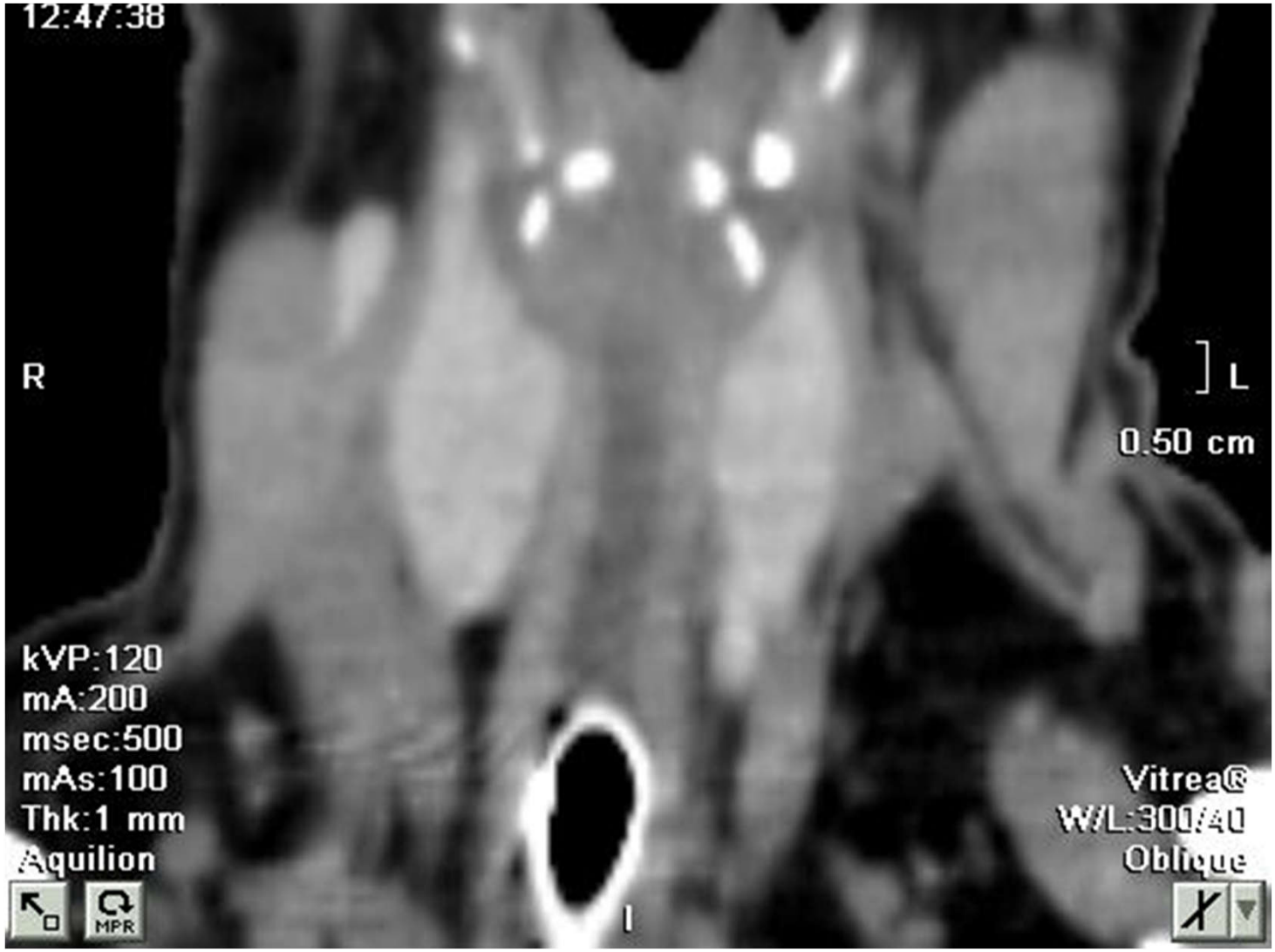
- Hẹp khí quản đoạn 1/3 trên, hẹp phế quản gốc 2 bên, hẹp phế quản trung gian phải, chưa rõ nguyên nhân.
- Sẹo cũ trên đỉnh phổi trái.

Bệnh nhân được soi phế quản tại BV PNT

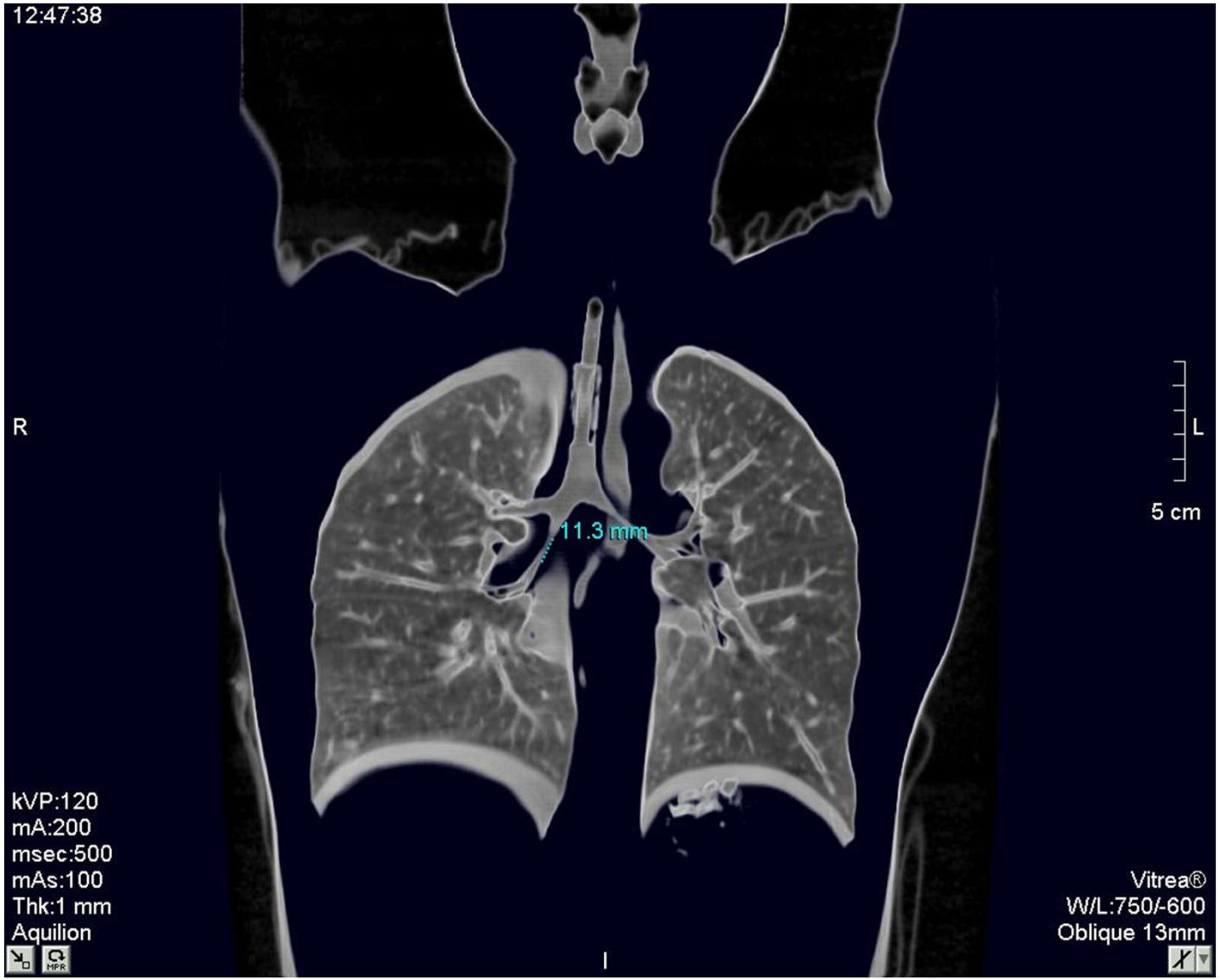


Chít hẹp khí quản cách thanh môn 1cm [1], [2], niêm mạc phù nề, mềm. Ống soi 5mm vẫn đi qua được, thấy đoạn hẹp dài # 2cm, lòng khí quản bên dưới thông thoáng [3], [4]. PQ gốc (T) cũng bị hẹp đồng tâm [5], niêm mạc cũng mềm mại cho phép ống soi qua được, thấy các PQ thùy thông thoáng [6].

Chít hẹp khí quản cách thanh môn 1cm, đoạn hẹp dài # 2cm. Nghi mềm sụn PQ gốc (T).



Bn nhân ngày càng khó thở nên được mở khí quản ra da sau đó. Hình ảnh CT kiểm tra sau mở khí quản ra da: khí quản bị xẹp hoàn toàn



Bn nhân ngày càng khó thở nên được mở khí quản ra da sau đó. Hình ảnh CT kiểm tra sau mở khí quản ra da: khí quản bị xẹp hoàn toàn, PQ gốc trái và PQ trung gian vẫn hẹp như trước

- Chẫn đoán: hẹp khí quản và các PQ lớn nghi do mềm sụn khí quản – phế quản mắc phải.

Bàn luận

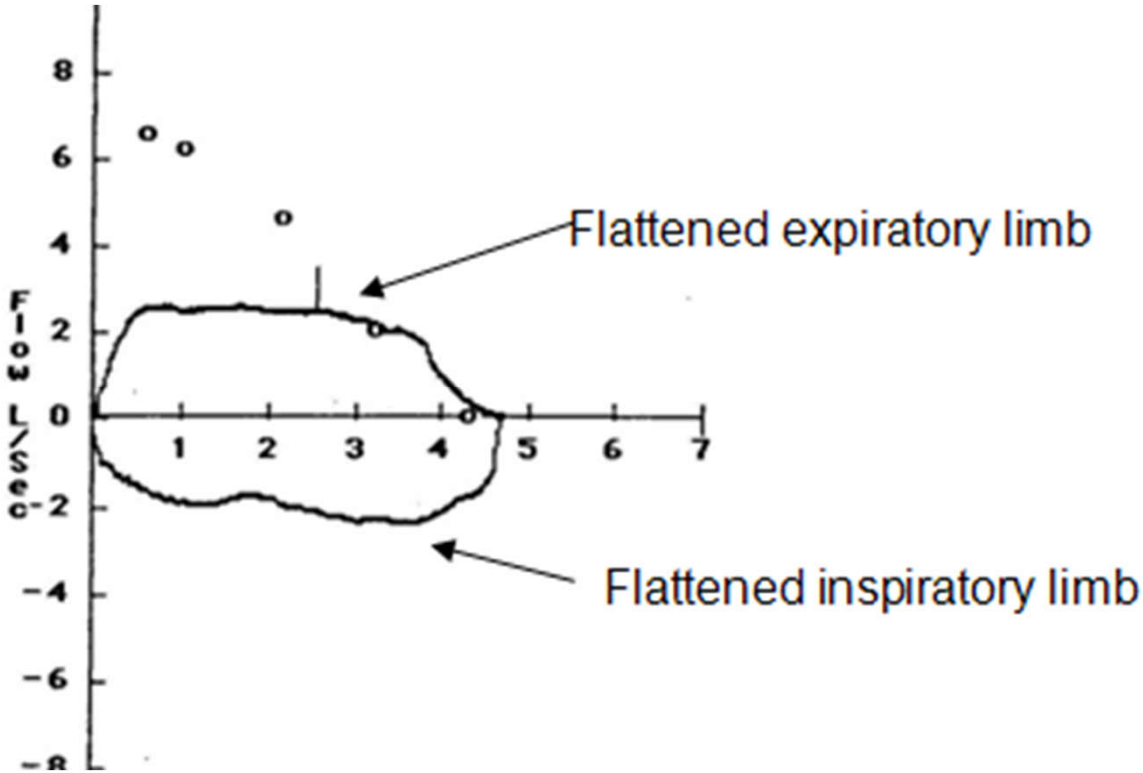
- Mặc dù bệnh lý mềm sụn khí phế quản (Tracheobronchomalacia) hay gặp ở trẻ em do nguyên nhân bẩm sinh, nhưng gần đây Y văn đã có báo cáo nhiều trường hợp bệnh lý mềm sụn khí phế quản mắc phải và gặp ở người lớn. Đã có nhiều nghiên cứu cho rằng tần suất của bệnh lý này có thể lên đến 5 – 10% ở các bệnh nhân có khó chịu về hô hấp.
- Bệnh lý mềm sụn khí phế quản được đặc trưng bởi tình trạng suy yếu của sụn vách khí – phế quản và tình trạng giảm trương lực của thành sau khí quản do sự thoái hóa của các sợi đàn hồi theo trục dọc.

Bàn luận.

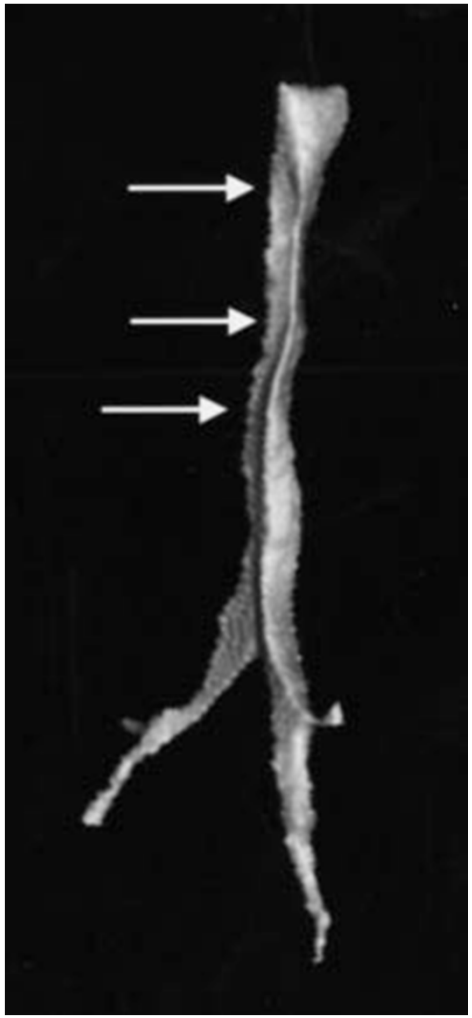
- Nguyên nhân:
  - Bẩm sinh.
  - Mắc phải:
    - Sau đặt nội khí quản, sau mở khí quản ra da.
    - Chấn thương ngực.
    - Kích thích mạn tính: hút thuốc, dò thực quản – khí quản...
    - Viêm mạn tính: Polychondritis.
    - Mechanical anatomic factor: Phẫu thuật phổi.
    - U ác tính.
- Lâm sàng:
  - Ho
  - Khó thở và khò khè.
  - Khàn tiếng

Bàn luận

- Chẩn đoán:
  - Spirometry: cho thấy có tắc nghẽn đường thở lớn



- Chẩn đoán:
  - MSCT: Vai trò chẩn đoán xác định nhờ vào hình ảnh tái tạo 3D cây khí – phế quản và các lát cắt ngang khảo sát động ở thì hít vào và thở ra.



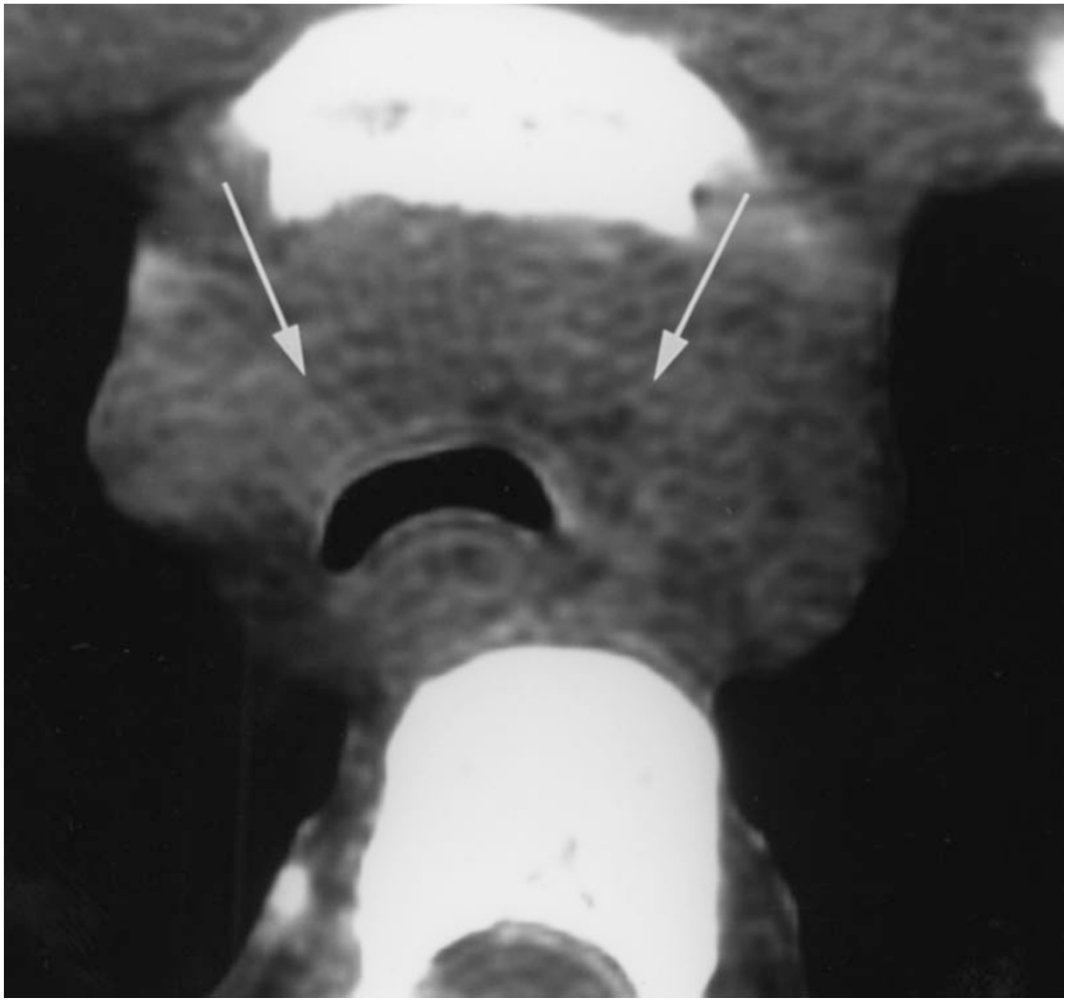
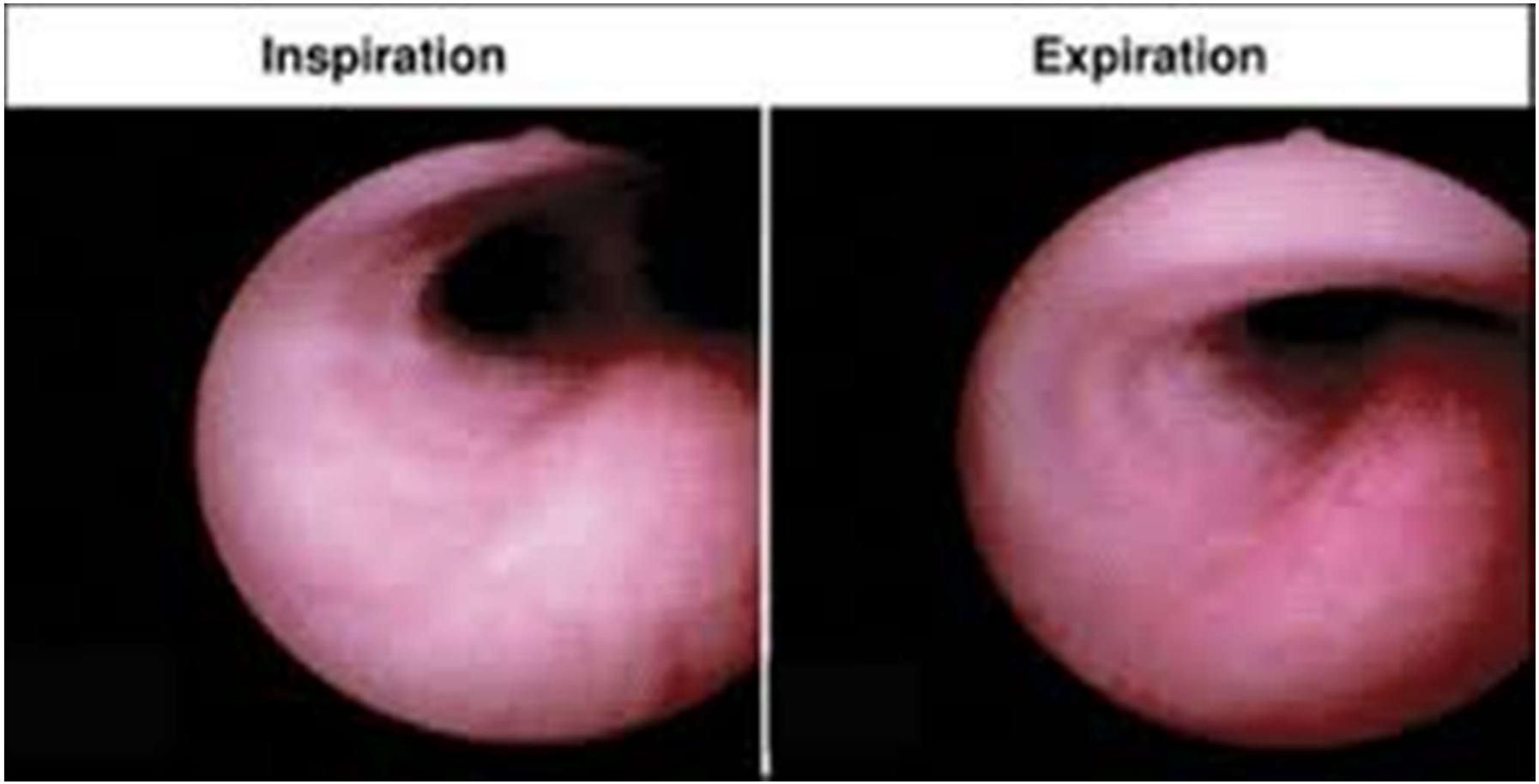


Fig. 3.—19-year-old man with Hunter's syndrome (mucopolysaccharidosis), cough, and recurrent dyspnea in whom indirect laryngoscopy (not shown) suggested laryngomalacia with soft-tissue infiltration of upper airways. Because of patient's clinical status, family refused bronchoscopy.
A, Axial CT scan of trachea obtained during expiration shows marked crescentic narrowing of tracheal lumen. Note soft-tissue infiltration of mediastinum and trachea (arrows), consistent with mucopolysaccharide deposition.
B, Shaded-surface display image of central airways in posterolateral projection shows diffuse narrowing of trachea and bronchi (arrows).

- Chẩn đoán:
  - Nội soi phế quản: Đánh giá độ hẹp, sụ mềm mại của niêm mạc, sự thay đổi của khẩu kính khí – phế quản ở thì hít vào và thở ra.



- Điều trị:
  - Điều trị bệnh nguyên: điều trị bệnh gốc.
  - Điều trị phẫu thuật: Phẫu thuật cắt bỏ đoạn hẹp và nối khí quản là một phẫu thuật tương đối nặng nề.
  - Nong khí quản, đặt stent khí quản qua soi phế quản: hiệu quả không cao, nhiều tác dụng không mong muốn.

Kết luận

- Hẹp khí – phế quản do mềm sụn khí – phế quản mắc phải là một bệnh lý ít gặp, biểu hiện lâm sàng là ho mạn tính, khó thở và mất tiếng.
- Việc chẩn đoán xác định có thể dựa vào Đo CNHH, MSCT và nội soi phế quản.
- Việc điều trị phức tạp và nặng nề: Phẫu thuật vẫn là PP điều trị chính yếu.

References

1. Tracheobronchomalacia: Dynamic Airway Evaluation with Multidetector CT. R. C. Gilkeson, Leslie M. Ciancibello, Rana B. Hejal, Hugo D. Montenegro, Paul Lange. AJR:176, January 2001.
2. Acquired Tracheomalacia: Etiology and Differential Diagnosis. *John H. Feist, M.D., F.C.C.P.;OO Thomas H. Johnson, M.D., F.C.C.P.;.I. and Robert I. Wilson, M. D., F.C.C.P.* CHEST, 68: 3, SEPTEMBER, 1975.
3. Surgical strategy for acquired tracheomalacia due to innominate artery compression of the trachea. Yukihiro Tatekawa a,*, Toshihiro Muraji b. 2010 European Association for Cardio-Thoracic Surgery. Published by Elsevier