

LAO PHỔI VÀ DỊ VẬT PHẾ QUẢN ĐỒNG THỜI GÂY RA ĐÔNG ĐẶC THÙY GIỮA PHỔI Ở MỘT BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Trần Văn Ngọc* Nguyễn Hồ Lam*

TÓM TẮT

Dị vật phế quản và lao phổi ở người lớn tuổi thường có những biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học khó hướng đến chẩn đoán. Đặc biệt có những báo cáo cho thấy hai bệnh cảnh này dễ lẫn lộn nhau trong thực hành lâm sàng. Ở đây chúng tôi báo cáo một trường hợp rất thú vị cho thấy sự hiện diện đồng thời của dị vật phế quản và lao phổi cùng gây ra tổn thương đông đặc một thùy phổi ở bệnh nhân lớn tuổi.

ABSTRACT

COEXISTENCE OF THE FOREIGN BODY AND THE PULMONARY TUBERCULOSIS RESULTING IN MIDDLE LOBE CONSOLIDATION IN AN ELDERLY PATIENT

Bronchial foreign body and pulmonary tuberculosis in elderly patient often present both clinical features and radiologic lesions which are difficult to be diagnosed. Moreover several published case reports showed two conditions diagnosed miscellaneously in clinical practice. Here we reported an interesting case with the coexistence of bronchial foreign body and Tuberculosis resulting in middle lobe consolidation in elderly patient.

TỔNG QUAN

Mặc dù đạt được những thành quả từ chương trình phòng chống lao, lao phổi vẫn còn là một gánh nặng bệnh tật cho những nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Bệnh lao dễ dàng xuất hiện trên những cơ địa với sức đề kháng kém như trẻ em, người bị HIV, người bị đái tháo đường,... Trong đó, người cao tuổi là nhóm đối tượng có khuynh hướng dễ mắc lao hơn so với người trẻ tuổi vì những lý do sau: hệ miễn dịch suy giảm do lão hóa, nhiều bệnh nội khoa đồng thời, tiếp nhận những điều trị liên quan ức chế miễn dịch.^{1,2} Tuy nhiên, lao ở người lớn tuổi thường có biểu hiện không điển hình ngay cả lao phổi khiến việc chẩn đoán và điều trị trở nên khó khăn và thách thức. Do đó, lao phổi ở người lớn tuổi nên được nghĩ đến như một chẩn đoán phân biệt trên những bệnh cảnh phổi không rõ ràng.

Lao phổi và dị vật phế quản là hai bệnh lý với những đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học có thể khó phân biệt. Khá nhiều những trường hợp được báo cho thấy dị vật phế quản có thể bị chẩn đoán và điều trị lầm như một lao phổi³⁻⁶ và ngược lại cũng không ít trường hợp lao phổi lại được chẩn đoán lầm như một dị vật phế quản.⁷⁻¹⁰ Sự tồn tại đồng thời lao phổi và dị vật cũng được ghi nhận trong một trường hợp của tác giả G.H. Ekinici và cộng sự vào năm 2014.¹¹ Ở đây, chúng tôi báo cáo một trường hợp rất thú vị với lao phổi và dị vật phế quản đồng thời gây ra tổn thương đông đặc ở thùy giữa phổi.

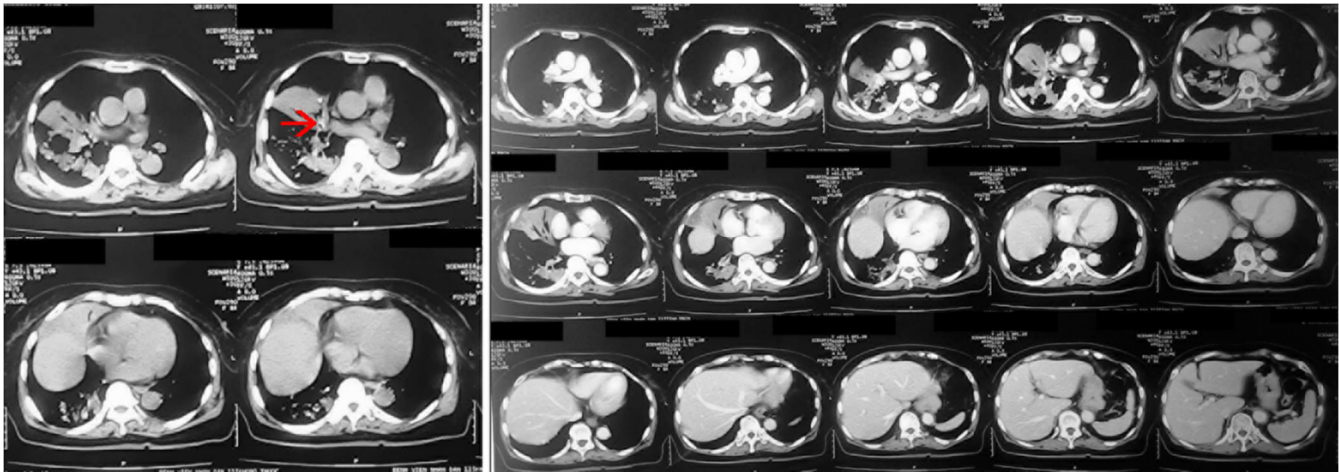


Hình 1: X quang ngực thẳng cho thấy tổn thương vùng đáy phổi phải tăng lên. A) X quang ngực được chụp tại lần đầu tiên khám tại khoa khám bệnh cho thấy tổn thương thâm nhiễm vùng đáy phổi phải với giới hạn chưa rõ ràng. B) X quang phổi được chụp một tháng sau lần khám đầu cho thấy tổn thương đông đặc giới hạn rõ, xóa bờ tim phải.

MÔ TẢ TRƯỜNG HỢP

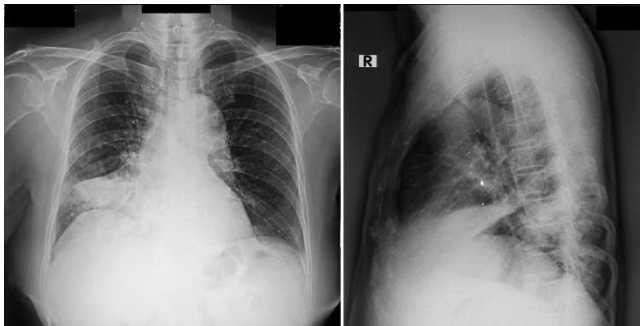
Một bệnh nhân nữ, 81 tuổi đến khám tại khoa khám bệnh vì đau khớp và được chẩn đoán Thoái hóa khớp và Tăng huyết áp. Tiền sử bệnh nhân không ghi nhận gì đặc biệt, không ghi nhận tiếp xúc bệnh nhân lao trước đây. Tuy nhiên, khoảng 2 tháng trước đi khám bệnh, bệnh nhân thỉnh thoảng có ho khan, than mệt và ăn uống kém. Thăm khám lâm sàng cho thấy bệnh tình táo, dấu hiệu sinh tồn trong giới hạn bình thường và chỉ ghi nhận rải rác ran nổ vùng đáy phổi trước ngực phải. Bệnh nhân được điều trị ngoại trú với kết quả chụp X quang phổi hai lần cách nhau 1 tháng cho thấy tổn thương vùng đáy phổi phải tiến triển (hình 1). Bệnh nhân

*Bộ môn Nội – Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh



Hình 2: Kết quả CT ngực với thuốc cản quang cho thấy hình ảnh đông đặc kèm khí phế quản đồ ở thùy giữa phổi và tổn thương thâm nhiễm thùy dưới phổi phải. Trên film không thuốc cản quang ghi nhận bất thường nghi nhiều là dị vật (mũi tên đỏ).

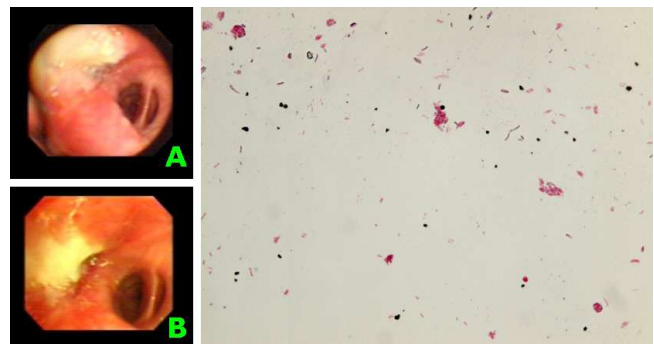
cũng được chụp một CT ngực có bơm thuốc cản quang, kết quả cho thấy tổn thương đông đặc và thâm nhiễm hướng nhiều đến viêm phổi (hình 2). Do đó, bệnh nhân được điều trị như một viêm phổi với một đợt kháng sinh gồm Ceftriaxone và Moxifloxacin.



Hình 3: X quang ngực khoảng hai tháng sau chẩn đoán và điều trị như một viêm phổi. X quang ngực cho thấy sự hiện diện rõ ràng của hội chứng thùy giữa.

Kết quả theo dõi X quang phổi sau gần 2 tháng chẩn đoán và điều trị viêm phổi cho thấy tổn thương gần như không thay đổi (hình 3) nên bệnh nhân được chuyển đến khám và điều trị tại bác sĩ chuyên khoa hô hấp. Với bệnh cảnh lâm sàng và kết quả cận lâm sàng như trên, những chẩn đoán phân biệt sau cần được xem xét trên bệnh nhân gồm đông đặc liên quan xẹp phổi (tắc nghẽn phế quản một phần do dị vật, đàm, ung thư phổi), lao phổi, hai bệnh lý ít nghĩ đến gồm xuất huyết phế nang và thuyên tắc phổi.

Bệnh nhân được chỉ định nội soi phế quản. Kết quả nội soi cho thấy tổn thương kèm giả mạc gây bít tắc gần như hoàn toàn phế quản thùy giữa (hình 4A). Rửa phế quản và sinh thiết tại vị trí tổn



Hình 4: Hình ảnh của nội soi phế quản kết hợp với hình ảnh sự hiện diện trực khuẩn kháng toan còn khi nuôi cấy dịch rửa phế quản bằng phương pháp MGIT. A) Hình ảnh nội soi phế quản lần một và B) hình ảnh nội soi phế quản lần hai kiểm tra đều ghi nhận giả mạc và bít tắc gần như hoàn toàn phế quản thùy giữa.

thương để làm chẩn đoán. Đồng thời trong quá trình nội soi, một mảnh dị vật rất cứng kích thước 5x2.5x2 mm (nghĩ là xương cá) được lấy ra từ vị trí tổn thương của phế quản thùy giữa. Sau đó gần 20 ngày, bệnh nhân được thực hiện nội soi phế quản lần 2 kiểm tra nhưng vẫn còn ghi nhận giả mạc và bít tắc phế quản thùy giữa (hình 4B), sinh thiết cũng được thực hiện. Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết cả 2 lần chỉ ghi nhận mẫu mô viêm. Tuy nhiên kết quả PCR lao và cấy Lao thì dương tính. Bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi và bắt đầu điều trị với thuốc kháng lao. Kết quả điều trị cho thấy cải thiện cả về lâm sàng và hình ảnh học sau 6 tháng điều trị (hình 5).

Trường hợp này là một minh chứng cho bệnh cảnh lâm sàng lao phổi thường không điển hình ở người cao tuổi.² Bệnh cảnh lâm sàng mơ hồ, bệnh nhân chỉ ho khan thỉnh thoảng kèm ăn uống kém. Tổn thương trên hình ảnh học tập trung thùy giữa và thùy dưới phổi phải. Việc chẩn đoán nhiều

trường hợp cần thực hiện nội soi phế quản giúp chẩn đoán xác định sau cùng cũng như loại trừ những chẩn đoán phân biệt. Điều trị thử lao rất ít khi được xem xét trên người lớn tuổi vì những nguy cơ cao liên quan thuốc điều trị cũng như bệnh cảnh lâm sàng thường không điển hình. Việc chẩn đoán bệnh đòi hỏi phải có một sự nghi ngờ cao và nội soi phế quản cần luôn được xem xét thực hiện để giúp chẩn đoán.



Hình 5: X quang phổi sau 6 tháng điều trị với thuốc kháng lao cho thấy tổn thương vùng đáy phổi phải cải thiện rất nhiều.

Lao phổi và dị vật phế quản đồng thời gây ra bệnh cảnh lâm sàng trong trường hợp trên là một bệnh cảnh hiếm gặp. Hai bệnh cảnh này khó phân biệt dựa trên bệnh cảnh lâm sàng và hình ảnh học qua nhiều báo cáo trong tài liệu.^{7,10,3,6,4} Hai bệnh lý này xảy ra đồng thời cũng được ghi nhận trong một báo cáo của G.H. Ekinici và cộng sự nhưng chúng gây ra bệnh lý tại 2 thùy phổi khác nhau.¹¹ Trong trường hợp của chúng tôi, hai nguyên nhân này cùng gây ra tổn thương tại thùy giữa phổi phải. Những bằng chứng xác nhận hai nguyên nhân đồng thời gây ra bất thường này gồm: (1) sau nội soi phế quản gặp dị vật, hình ảnh học tổn thương cải thiện dần và nội soi kiểm tra cũng không ghi nhận thông thoáng hoàn toàn phế quản, (2) tác nhân vi trùng lao tìm được từ dịch rửa tại vị trí sang

thương gây bí tắc thùy giữa.

Với dị vật được loại bỏ khi nội soi, nhưng khi khai thác lại bệnh sử cũng không ghi nhận thêm thông tin về thời điểm cũng như triệu chứng giúp nghĩ đến hít sặc dị vật. Cùng với diễn tiến tổn thương trên X quang phổi nhanh trong vòng 1 tháng ở phòng khám ngoại trú khiến chúng tôi nghĩ nhiều khả năng dị vật xuất hiện trong thời điểm này. Dị vật góp phần làm hẹp một phần phế quản và dẫn đến việc xuất hiện tổn thương đông đặc cấp tính ở thùy giữa. Qua trường hợp này giúp mở rộng thêm kiến thức về nguyên nhân có thể của một đông đặc phổi cấp, cũng như hội chứng thùy giữa là sự kết hợp của lao phổi và dị vật phế quản.

KẾT LUẬN

Hai nguyên nhân dị vật phế quản và lao phổi cùng gây ra một tổn thương là một bệnh cảnh lâm sàng hiếm gặp thú vị. Việc chẩn đoán hai bệnh lý này ở người lớn tuổi đòi hỏi một sự nghi ngờ cao bởi vì bệnh cảnh lâm sàng và hình ảnh học thường không điển hình. Nội soi phế quản cho thấy vai trò then chốt trong việc xác định chẩn đoán cuối cùng.

- Ngày phản biện: 28/2/2017

- Ngày đăng báo: 10/03/2017

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- SCHAAF HS, COLLINS A, BEKKER A, DAVIES PD. Tuberculosis at extremes of age. *Respirology*. 2010;15:747-63.
- Negin J, Abimbola S, Marais BJ. Tuberculosis among older adults - time to take notice. *Int J Infect Dis*. 2015;32:135-7.
- Węgrzyn-Szkutnik I, Gryglicka B, Michnar M, Milanowski J. Foreign body aspiration mimicking tuberculosis or lung tumour – case report. *Am J Case Rep*. 2009;10:113-5.
- Cakir E, Torun E, Uyan ZS, Akca O, Soysal O. A unusual case of foreign body aspiration mimicking cavitary tuberculosis in adolescent patient: thread aspiration. *Italian J Pediatr*. 2012;38:17.
- Ramchandani R, Dewan RK, Ramchandani S. Incidental intraoperative diagnosis of retained foreign body lung misdiagnosed as pulmonary tuberculosis. *Lung India*. 2016;33:444-6.
- Oloyede IP, Ekpe E, Okorie OO. Bronchial foreign body misdiagnosed as pulmonary tuberculosis Niger J Paed. 2013;40(4):434-7.
- Irving RM, Richards A, Fisher EW. Pulmonary tuberculosis presenting as suspected foreign body aspiration. *J Laryngol Otol*. 1992;106:453-4.
- Weiner GM, Batch AJG. Endobronchial tuberculosis masquerading as foreign body aspiration. *J Laryngol Otol*. 1995;109:1192-4.
- Park AH, Fowler SS, Challapalli M. Suspected foreign body aspiration in a child with endobronchial tuberculosis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000;53:67-71.
- Pereira KP, Mitchell RB, Eyan TP, Lazar RH. Tuberculous lymphadenopathy masquerading as a bronchial foreign body. *Pediatr Emerg Care*. 1997;13(5):329-30.
- Ekinici GH, Haciomeroglu O, Kavas M, Mavigok DA, Ozcan ME, Yilmaz A. Coexisting Pulmonary Tuberculosis and Unsuspected Bronchial Foreign Body Removed by Fiberoptic Bronchoscopy After 42 Years. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2014;24(3):S270-S1.