

PHỔI BIỆT LẬP: TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO 10 CA BỆNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Cung Văn Công✉

Bệnh viện Phổi Trung ương

Phổi biệt lập (PBL) là một bất thường bẩm sinh, có thể phát hiện thấy ở thời niên thiếu hoặc giai đoạn trưởng thành của người bệnh. Lâm sàng thường thể hiện như là một viêm phổi tái diễn trong suốt phần đời mà người bệnh đã trải qua. Về bệnh học, PBL là một vùng nhu mô phổi vô tổ chức, không có động mạch phổi cấp máu và không có đường dẫn khí liên thông kết nối. Có 2 loại phân biệt đó là PBL trong thùy và PBL ngoài thùy. Đại đa số phần PBL được cấp máu từ nhánh mạch bất thường xuất phát từ hệ đại tuần hoàn, số rất ít (rất hiếm) được cấp máu từ hệ tĩnh mạch chủ. Chụp CT mạch hoặc chụp mạch máu bằng phương pháp Catheter giúp xác định chắc chắn mạch bất thường, vừa để phục vụ chẩn đoán và phục vụ cho phẫu thuật cắt bỏ. Chúng tôi giới thiệu 10 ca PBL trong thùy được chẩn đoán xác định bằng CT mạch, được phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi trung ương, thời gian từ 4/2021 - 4/2022 với mong muốn có tổng kết nhỏ về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như các đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của căn bệnh này. Qua đó các bác sỹ có thể tham khảo, để từ đó có cách tiếp cận chẩn đoán tốt hơn khi gặp ca bệnh tương tự.

Từ khoá: Phổi biệt lập, phổi biệt lập trong thùy, phổi biệt lập ngoài thùy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bất thường phổi bẩm sinh có thể được phân loại theo một số cách. Cách phân loại đơn giản thường xem xét ở hai nhóm: (1) những bất thường không liên kết với các bất thường mạch máu; và (2) những bất thường có liên kết với/hoặc bao gồm các bất thường mạch máu.¹ Phổi biệt lập là bất thường bẩm sinh, hiếm gặp, có nguồn gốc từ bất thường nյ ống tiêu hóa nguyên thủy và sự phát triển bất thường các cấu trúc có liên quan xảy ra trong suốt quá trình phát triển của phổi, phế quản và mạch phổi. Phổi biệt lập thuộc nhóm bất thường phổi có liên kết với bất thường mạch phổi. Có hai dạng thường gặp đó là phổi biệt lập trong thùy và phổi biệt lập ngoài. Mặc dù chúng có chung một số đặc điểm song cũng có sự khác nhau đáng kể trong một

vài đặc điểm quan trọng về lâm sàng và điện quang. Phổi biệt lập trong thùy thường gặp hơn trong hai loại phổi biệt lập. Trong trường hợp này tổ chức phổi biệt lập nằm trong lá tạng của một thùy phổi, thường gặp ở bên trái và khoảng 2/3 được tìm thấy ở vùng cạnh vòm hoành thuộc phân thùy đáy trong thùy dưới phổi trái. Trong 75% các trường hợp, động mạch cung cấp cho vùng phổi biệt lập trong thùy thường xuất phát từ động mạch chủ ngực, từ động mạch chủ bụng hoặc các nhánh của ĐMC bụng, hoặc từ các động mạch liên sườn; số ít (rất hiếm) có thể được cấp máu từ hệ thống tĩnh mạch chủ. Những động mạch bất thường xuất phát từ động mạch hệ thống thường đi vào phổi qua các dây chằng đáy phổi. Thông thường tĩnh mạch hồi lưu là tĩnh mạch phổi, số hiếm có thể đổ về hệ tĩnh mạch đơn hoặc bán đơn.^{1,2} Trường hợp phần PBL được cấp máu từ hệ tĩnh mạch chủ là vô cùng hiếm trong các báo cáo ca bệnh trên thế giới.³ Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc chỉ ra những

Tác giả liên hệ: Cung Văn Công

Bệnh viện Phổi Trung ương

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận: 12/04/2022

Ngày được chấp nhận: 04/05/2022

mạch bất thường cấp máu cho vùng PBL, vừa để chẩn đoán xác định, vừa để hỗ trợ cho lựa chọn phương pháp điều trị. Hiện nay chụp CT mạch bằng máy CLVT đa dãy đã khá phổ biến, được ứng dụng nhiều hơn phương pháp chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) trong chẩn đoán PBL.³⁻⁵

Phổi biệt lập trong thùy có thể thấy ở người lớn hoặc trẻ lớn. Viêm phổi cấp tính hoặc tái diễn là bệnh cảnh thường gặp ở những bệnh nhân (BN) này. Ho ra máu cũng có thể xảy ra. Shunt động - tĩnh mạch phổi do PBL thường là nhỏ và không có ý nghĩa lâm sàng. Tuy nhiên một số trường hợp gây ra suy tim sung huyết đã được báo cáo. Có thể xảy ra phổi biệt lập hai bên. Ít thấy có liên quan đến thực quản hay bất thường bẩm sinh khác.¹

Phổi biệt lập trong thùy có nhiều biểu hiện khác nhau khi chưa có biến chứng. Nó có thể xuất hiện như là một khối tổn thương đồng tỷ trọng và rõ nét; hoặc nhiều kén chứa khí hoặc dịch; hoặc một vùng phổi tăng sáng và giảm mạch máu; hoặc là sự kết hợp các dạng trên. Tăng sáng thường gặp ở PBL chưa biến chứng do bẫy khí; sự khác biệt này khó nhận ra trên X-quang ngực nhưng thường thấy rõ trên CT. Sự xuất hiện của kén nhầy hoặc dịch với mức dịch-khí có thể thấy khi có hoặc không có nhiễm trùng. Trong nhiều trường hợp, phổi biệt lập có thể rất giống một áp xe phổi. Hiếm gặp PBL cả hai bên.^{1,2,4}

Phẫu thuật cắt thùy hoặc cắt chọn lọc phần PBL hiện nay vẫn là phương pháp điều trị tiết kiệm được ưu tiên lựa chọn. Để giảm thiểu cũng như tránh tai biến chảy máu nhiều trong phẫu thuật thì ở các cơ sở y tế có đơn vị can thiệp mạch trước khi phẫu thuật thường tiến hành nút mạch cấp máu cho vùng PBL. Giải phẫu bệnh lý bệnh phẩm sau mổ cũng rất quan trọng trong việc khẳng định chẩn đoán, loại trừ các bất thường khác.^{3,5-7}

II. BÁO CÁO CÁC CA BỆNH

Nhóm báo cáo bao gồm 10 ca bệnh, được chẩn đoán PBL trong thùy bằng CT mạch, được phẫu thuật tại bệnh viện Phổi trung ương trong khoảng thời gian từ 4/2021 - 4/2022 (1 năm); có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xác nhận PBL trong thùy. Qua tổng kết 10 bệnh án, chúng tôi thấy nổi bật các dấu hiệu sau đây:

1. Tuổi: Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 41,4 tuổi (nhiều nhất: 58; ít nhất: 23).

2. Tiền sử bệnh tật: 9/10 BN được y tế cơ sở chẩn đoán viêm phế quản mạn tính, ho kéo dài thường xuyên; thỉnh thoảng xuất hiện các đợt ho khạc có đờm nhiều hơn, sốt nhẹ, diễn tiến, tái lập trong nhiều năm; 5/10 BN khai đã từng được chẩn đoán áp xe phổi ((ít nhất 2 lần, nhiều nhất > 10 lần (BN không nhớ rõ)); 7/10 BN có dấu hiệu đau/tức ngực thường xuyên; không có BN nào có tiền sử ho ra máu; 3/10 BN đã từng được chẩn đoán lao phổi và đã hoàn thành điều trị lao theo phác đồ; 2/10 BN mắc tiểu đường; 1 BN có tăng huyết áp.

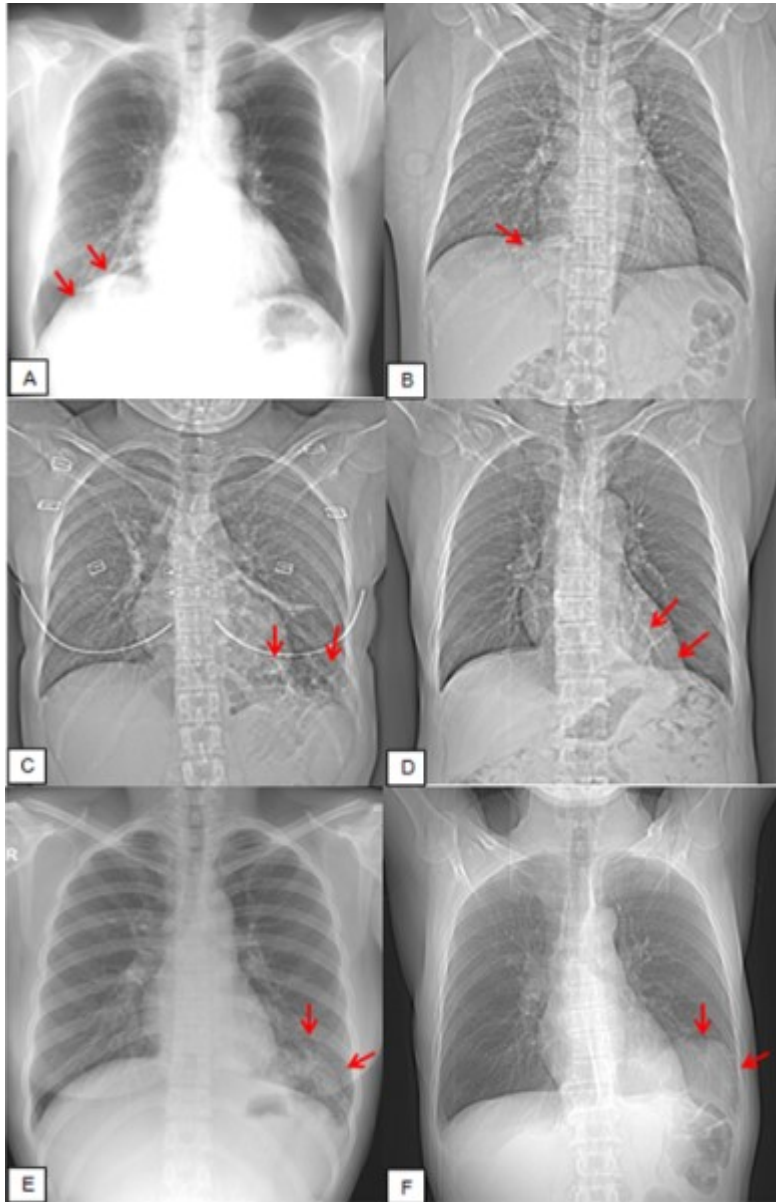
3. Khám lâm sàng lúc vào viện: Tất cả các BN đều có BMI ở mức trung bình và thấp; 3/10 BN có dấu hiệu khó thở; 10/10 BN có ho nhiều, có đờm, không ho ra máu; 8/10 BN có sốt nhẹ (nhiệt độ < 38,5^o); Tất cả BN không phù, không xuất huyết dưới da, hạch ngoại biên không to.

4. Các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng: Số lượng trung bình BC 12,37 G/L; trung bình BCĐNTT 71,86% (6/10 BN có tăng BC máu); CRP trung bình 58,13 mg/l; Các xét nghiệm về lao (AFB trực tiếp, Gene Xpert) đờm âm tính.

5. Kết quả chẩn đoán hình ảnh:

X-quang ngực qui ước: 6/10 BN xuất hiện hình bất thường 1/3 dưới trường phổi trái; 4/6 BN có bất thường 1/3 dưới trường phổi phải. Đặc điểm hình ảnh gặp chủ yếu đó là: Đám mờ không đều (đông đặc không hoàn toàn), gianh giới không rõ gặp 7/10 BN; Đám mờ có quan sát thấy các bóng khí bên trong gặp 6/10 BN;

Đám mờ đều, ginh giới rõ 1/10 BN; tất cả đều sát bờ trung thất. Chi tiết hình ảnh minh hoạ X-quang ngực qui ước của 1 số BN nghiên cứu được thể hiện tại hình 1.

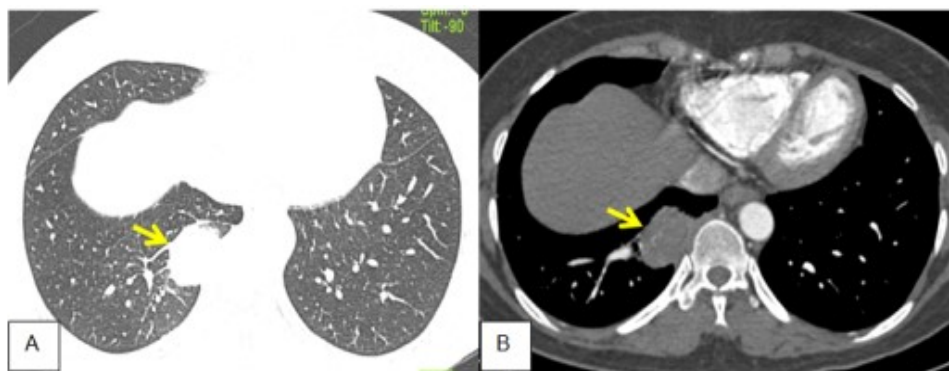


Hình 1. X-quang ngực qui ước của 6 bệnh nhân nghiên cứu

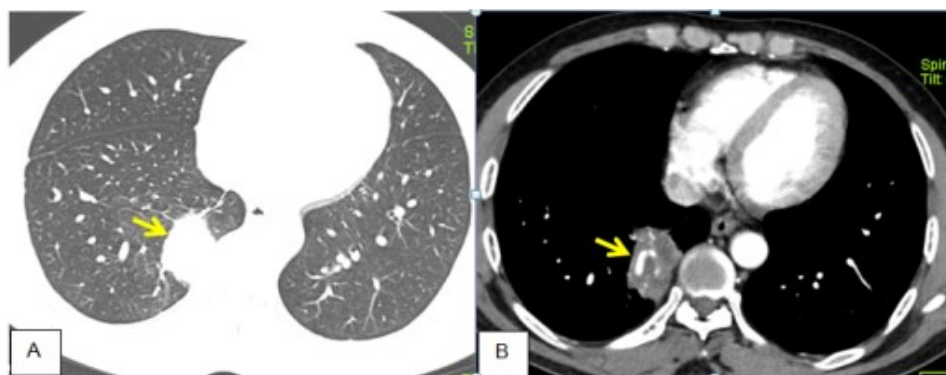
A, C, D, E: Đám mờ có cấu trúc không đều, ginh giới không rõ, không đặc hoàn toàn (mũi tên). B, F: Đám mờ đồng nhất, ginh giới rõ (mũi tên). Tất cả đều ở 1/3 dưới trường phổi, sát bờ trung thất

Chụp cắt lớp vi tính

Vùng nhu mô đồng tỷ trọng, ranh giới rõ: 4/10 BN nghiên cứu thể hiện đặc điểm hình ảnh này. Chi tiết được thể hiện trong hình hình 2 và 3.

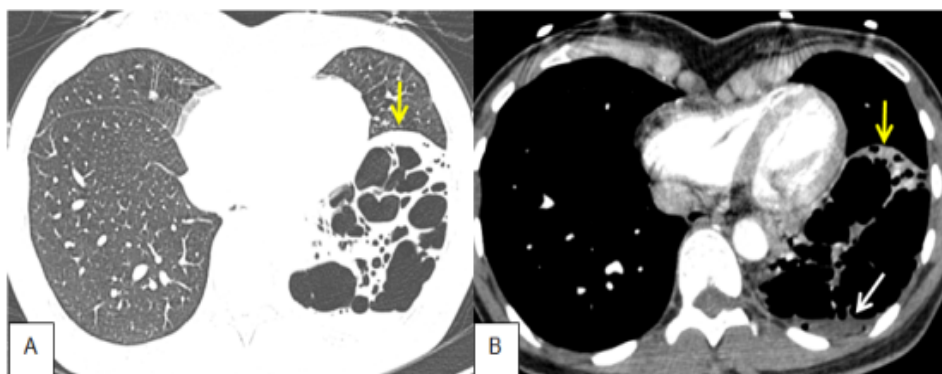


Hình 2. BN nữ, 40 tuổi, khối đông đặc nhu mô khu vực phân thùy đáy trong phổi phải (mũi tên) (A: Cửa sổ nhu mô; B: Cửa sổ trung thất sau tiêm cản quang tĩnh mạch)



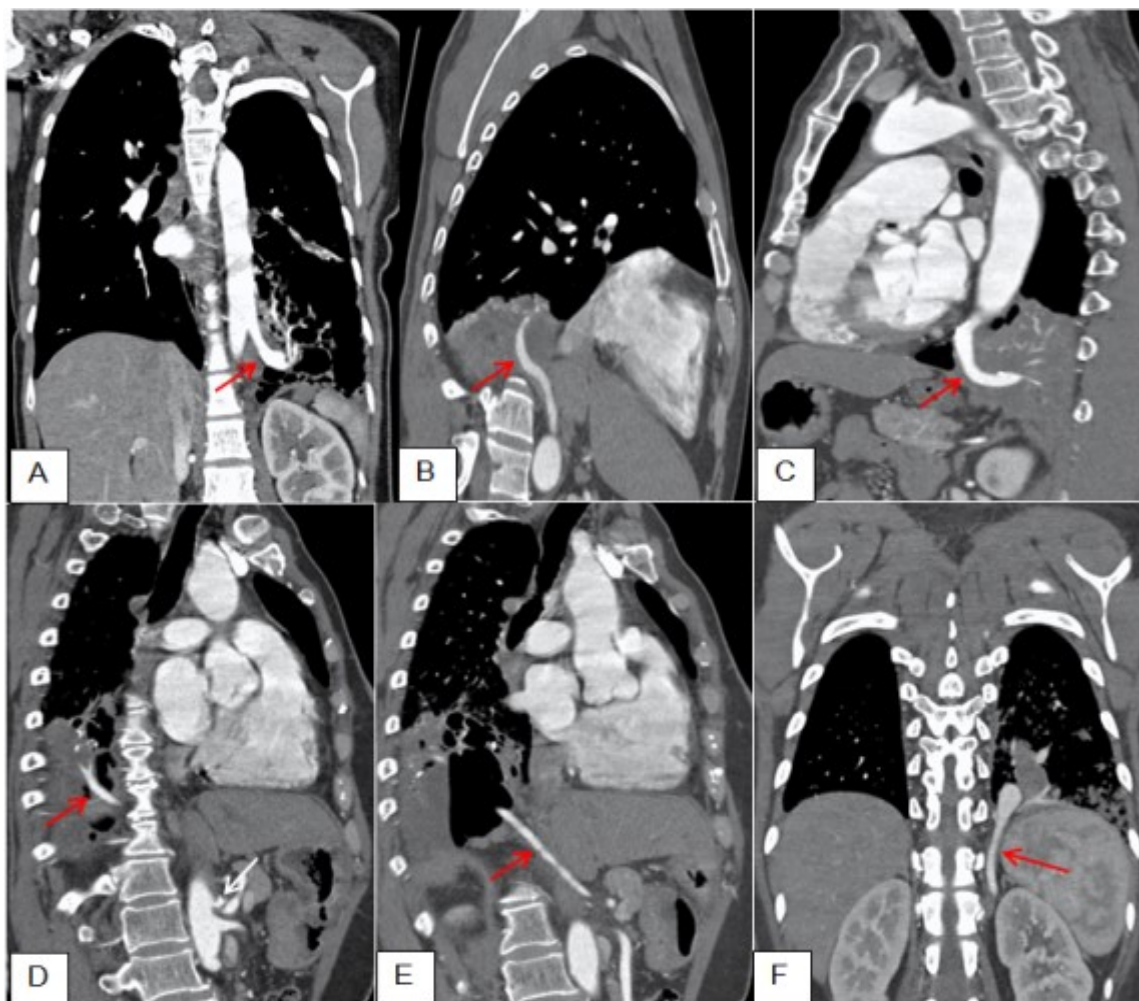
Hình 3. BN nam, 58 tuổi, khối đông đặc nhu mô khu vực phân thùy đáy trong phổi phải (mũi tên) A: Cửa sổ nhu mô; B: Cửa sổ trung thất sau tiêm cản quang tĩnh mạch)

Vùng nhu mô có nhiều kén khí, trong kén có hoặc không có dịch: 6/10 BN nghiên cứu thể hiện đặc điểm hình ảnh này. Chi tiết được thể hiện trong hình hình 4.

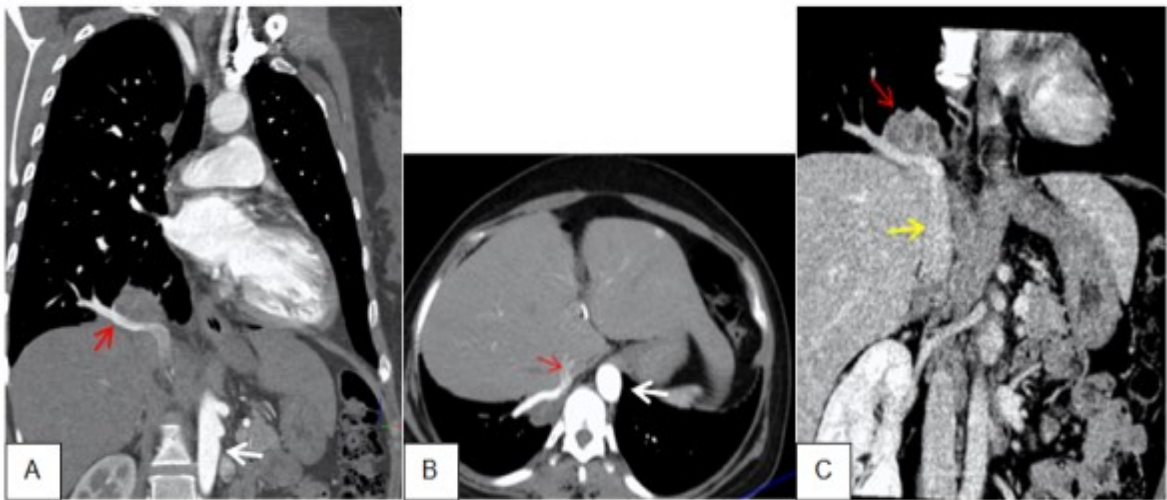


Hình 4. BN nữ, 28 tuổi, xuất hiện vùng kén khí (mũi tên vàng) thùy dưới phổi trái, trong kén lớn có hình mức dịch (mũi tên trắng) A: Cửa sổ nhu mô; B: Cửa sổ trung thất sau tiêm cản quang

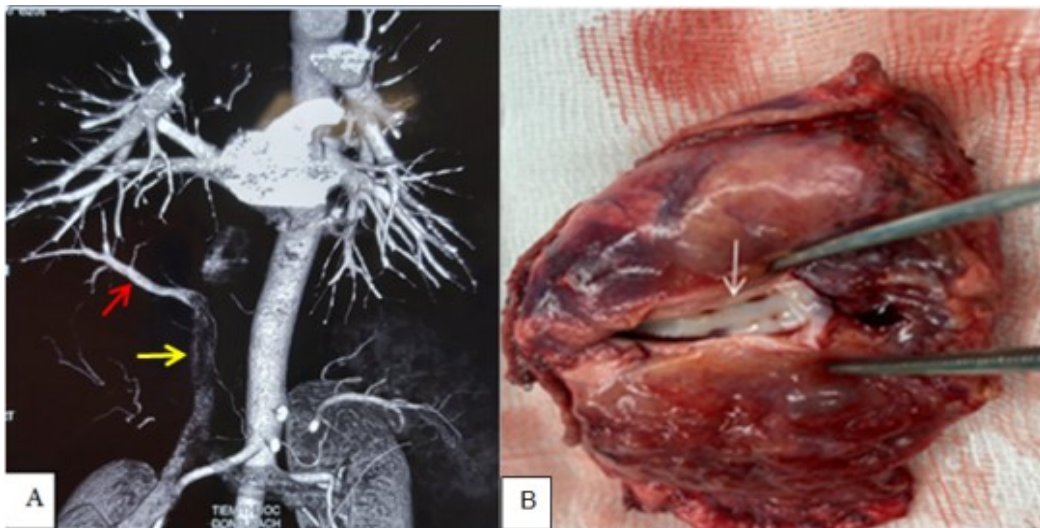
Vùng nhu mô không có phế quản lưu thông, không có nhánh động mạch phổi cấp máu, được cấp máu từ hệ động mạch chủ (đại tuần hoàn) hoặc tĩnh mạch chủ: 9/10 BN nghiên cứu đều tìm thấy động mạch cấp máu của vùng phổi biệt lập xuất phát từ hệ đại tuần hoàn (ĐM chủ ngực hoặc động mạch chủ bụng. 1/10 BN quan sát thấy động mạch cấp máu cho vùng phổi biệt lập xuất phát từ TMC bụng. Chi tiết hình ảnh được thể hiện trong hình 5, 6 và 7.



Hình 5. Động mạch cấp máu cho vùng PBL xuất phát từ hệ đại tuần hoàn (các mũi tên đỏ)
 A: BN nữ, 30 tuổi, ĐM cấp máu tách ra từ ĐMC ngực; B: BN nữ, 28 tuổi. ĐM cấp máu tách ra từ ĐMC bụng, qua cơ hoành, sang phải cấp máu cho khu vực PBL đáy phổi phải; C: BN nam, 48 tuổi, ĐM cấp máu cho vùng PBL tách ra từ ĐMC ngực; D và E (2 ảnh cùng BN 56 tuổi) ĐM cấp máu xuất phát từ ĐMC bụng phía trên chỗ phân chia ĐM thận tạng và ĐM lách (mũi tên trắng). F: BN nam, 58 tuổi, ĐM cấp máu cho vùng PBL tách ra từ ĐMC bụng, phía trên ĐM thận trái



Hình 6. Động mạch cấp máu cho vùng PBL xuất phát từ tĩnh mạch chủ bụng ở BN nữ, 40 tuổi. A, B (Phim CT ngực chụp ngay sau tiêm cản quang TM): Điểm xuất phát ĐM cấp máu cho vùng PBL tách ra từ TMC bụng, ngang mức TM trên gan (mũi tên đỏ); C (Phim CT chụp thì muộn sau 20 giây): Thấy rõ nhánh mạch cấp máu cho vùng PBL tách ra từ TMC bụng (mũi tên vàng). BN này sau mổ giải phẫu bệnh chứng minh mặc dù nhánh mạch tách ra từ TMC bụng song lại có cấu trúc điển hình của ĐM (không có van tĩnh mạch, đầy đủ cấu trúc ĐM 3 lớp); thấy vùng PBL có nhiều kén chứa dịch (mũi tên đỏ)



Hình 7. Ảnh dựng hình 3 chiều và giải phẫu bệnh đại thể BN PBL được miêu tả ở hình 9 A: Tĩnh mạch chủ bụng (mũi tên vàng), ĐM cấp máu máu cho vùng PBL (mũi tên đỏ); B: Giải phẫu đại thể lòng mạch cấp máu cho PBL: Không có van tĩnh mạch (mũi tên trắng)

III. BÀN LUẬN

Phổi biệt lập (PBL) là bất thường bẩm sinh có nguồn gốc từ bất thường nյ ổng tiêu hóa nguyên thủy và hình thành các cấu trúc của nó xảy trong suốt quá trình phát triển của phổi, phế quản và mạch máu. Về bệnh học, PBL là một vùng không có nhu mô phổi bình thường, không có động mạch phổi bình thường và không có đường dẫn khí liên thông kết nối (tình trạng cô lập các phế quản và động mạch phổi). Vùng này có thể xuất hiện dưới nhiều dạng, bao gồm đông đặc dạng khối/ tổn thương dạng nang hoặc đa nang chứa khí hoặc chất lỏng.^{1,5} Trong 10 ca bệnh của chúng tôi báo cáo có đầy đủ các dạng nói trên. Lâm sàng PBL thường giống như các bệnh lý viêm nhiễm mạn tính đường hô hấp khác. Bệnh nhân ho, có đờm với thỉnh thoảng xuất hiện các đợt cấp có sốt và đờm đặc nhiều hơn. Và do đã trải qua thời gian dài trong đời thích nghi với tình trạng viêm nhiễm mạn tính nên hầu hết các BN khi nhập viện đều thể hiện Billan viêm ở mức độ nhẹ (BC tăng nhẹ, ĐNTT tỷ lệ không cao, CRP cũng tăng vừa).^{3,5,8}

Phổi biệt lập thường nhận máu cung cấp từ nhánh của động mạch chủ ngực hoặc động mạch chủ bụng và chụp mạch máu luôn là cần thiết nhằm xác định rõ các nhánh mạch này trước khi phẫu thuật cắt bỏ. Chảy máu nặng có thể xảy ra nếu tình cờ cắt phải các nhánh động mạch này trong quá trình phẫu thuật.^{1,4,6} Một trong 10 ca bệnh chúng tôi báo cáo là trường hợp khá hy hữu khi mạch cấp máu cho khối PBL được tách ra từ tĩnh mạch chủ bụng. Điểm khác lạ nữa là mặc dù nhánh mạch này được tách ra từ tĩnh mạch chủ bụng song khi phẫu tích đại thể cũng như giải phẫu bệnh vi thể đều cho kết quả là cấu trúc động mạch, không phải tĩnh mạch. Đây là điểm mà các y văn cũng chưa đề cập tới. Khi phân tích ca bệnh này chúng tôi đã từng đặt câu hỏi liệu đây có phải là một trường hợp bất thường đổ về của tĩnh mạch

phổi? Song các nhà phẫu thuật và giải phẫu bệnh liên quan đến ca bệnh này đã loại bỏ hoàn toàn khả năng đó.³

Có hai dạng PBL là trong và ngoài thùy phổi.^{1,4,6,7} Mặc dù hai dạng này có chung một số đặc điểm song chúng cũng có sự khác nhau đáng kể trong một vài đặc điểm quan trọng về lâm sàng và điện quang.^{1,2,6} Phổi biệt lập trong thùy thường gặp hơn trong hai loại PBL. Trong trường hợp này tổ chức phổi biệt lập nằm trong lá tạng của một thùy phổi, thường gặp ở bên trái và khoảng 2/3 được tìm thấy ở vùng cạnh vòm hoành thuộc phân thùy đáy sau thùy dưới phổi trái. Do đặc thù hay xuất hiện ở thùy dưới, sát hoành nên nếu có tổn thương dễ bị bỏ qua trên phim X-quang ngực qui ước. Trong số bệnh nhân của chúng tôi, có người mặc dù đã được chụp X-quang nhiều lần của những lần đi khám ở tuyến y tế cơ sở song hình ảnh bất thường nằm ở vị trí khó quan sát nên đã bị bỏ qua. Mặt khác, y tế cơ sở một số nơi hiện nay vẫn chụp X-quang ngực theo công thức kV thấp, các túi cùng sườn hoành thuộc "vùng mù", nên việc bỏ sót bất thường là điều dễ hiểu. Vấn đề này sẽ được khắc phục phần nào khi các cơ sở y tế chụp X-quang phổi kV cao, hình ảnh cột sống và nhu mô các túi cùng sườn - hoành sẽ thấy rõ.

Trong 75% các trường hợp, động mạch cung cấp cho vùng PBL trong thùy thường xuất phát từ động mạch chủ ngực, hoặc các nhánh của ĐMC bụng, hoặc từ các động mạch liên sườn. Những động mạch xuất phát từ ĐMC bụng thường đi lên trên, qua cơ hoành, đi vào phổi qua các dây chằng đáy phổi. Thông thường tĩnh mạch hồi lưu là tĩnh mạch phổi, hiếm khi tĩnh mạch đổ về hệ tĩnh mạch đơn hoặc bán đơn.^{1,2,4,8} Các trường hợp của chúng tôi báo cáo khối PBL hầu hết đều nằm vị trí phân thùy đáy trong hai bên, và rất khó để nhận định hệ thống tĩnh mạch dẫn lưu của phần PBL là tĩnh

mạch phổi hay tĩnh mạch đơn. Điều này cũng phù hợp với một số y văn đã báo cáo do hạn chế về phương tiện cũng như kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính.^{8,9}

Phổi biệt lập trong thùy có thể thấy ở người lớn hoặc trẻ lớn. Viêm phổi cấp tính hoặc tái diễn là bệnh cảnh thường gặp ở những bệnh nhân này.^{1,2,5,6,10} Ho ra máu cũng có thể xảy ra. Shunt động - tĩnh mạch phổi do PBL thường là nhỏ và không có ý nghĩa lâm sàng. Tuy nhiên một số trường hợp gây ra suy tim sung huyết đã được báo cáo. Có thể xảy ra PBL hai bên. Ít thấy có liên quan đến thực quản hay bất thường bẩm sinh khác.¹¹ Các bệnh nhân của chúng tôi phần lớn thuộc độ tuổi trung niên, mặc dù diễn biến bệnh trong thời gian dài song chưa một lần ho ra máu.

Phổi biệt lập trong thùy có nhiều biểu hiện khác nhau khi chưa có biến chứng. Nó có thể xuất hiện như (a) một khối tổn thương đồng tỷ trọng và rõ nét, (b) một hoặc nhiều kén chứa khí hoặc dịch, (c) một vùng phổi tăng sáng và giảm mạch máu, hoặc (d) là sự kết hợp các dạng trên. Tăng sáng thường gặp ở PBL chưa biến chứng do bẫy khí; sự khác biệt này khó nhận ra trên X quang ngực thẳng nhưng thường thấy trên CT. Sự xuất hiện của kén nhày hoặc dịch với mức dịch-khí có thể thấy khi có hoặc không có nhiễm trùng. Trong nhiều trường hợp, PBL có thể rất giống một áp xe phổi. Hiếm gặp PBL cả hai bên. Chúng thường được cung cấp máu bởi một nhánh động mạch xuất phát từ động mạch hệ thống.^{12,13} Các bệnh nhân của chúng tôi trên phim CT ngực (các cửa sổ khác nhau, có tiêm cản quang chụp), chụp ở các thì khác nhau đều thể hiện khá đầy đủ các đặc điểm của PBL.

Trên CT ngực, phế quản hoặc động mạch phổi bình thường có thể quan sát thấy ở phía trên vùng tổn thương nhưng không đi vào phần PBL. Trên CT xoắn ốc có tiêm thuốc cản quang,

động mạch hệ thống cấp máu cho phần PBL thường được nhìn thấy. Nếu không thấy, các kỹ thuật chụp mạch có thể được sử dụng để xác định chẩn đoán. Tĩnh mạch dẫn lưu cũng có thể thấy khi tiêm thuốc cản quang. Hiện nay kỹ thuật chụp CT mạch chẩn đoán đã được áp dụng phổ biến tại các tuyến y tế được trang bị máy CLVT đa dãy. Ưu điểm của kỹ thuật này là dễ thực hiện, nhanh, khá an toàn và chi phí thấp. Chụp mạch bằng kỹ thuật số hóa xóa nền (DSA) đòi hỏi trang thiết bị hiện đại kèm chuyên gia giỏi và chi phí cao, trong khi độ chính xác của hai phương pháp chênh nhau không nhiều.^{1,5,6,8}

Việc phẫu thuật cắt bỏ khối PBL là bắt buộc nếu muốn điều trị triệt để.^{1,10} Trước kia khi kỹ thuật mổ nội soi chưa phát triển, các nhà ngoại khoa thường phải mổ mở, kỹ thuật cắt thùy phổi thường được ưa thích hơn cắt chọn lọc khối PBL do phổi là tạng đàn hồi, chứa khí nên rất khó khấn khi khâu bịt mồm cắt.^{4,5,9} Ngày nay, kỹ thuật mổ cắt phổi/thùy phổi/ phần chọn lọc phổi qua nội soi đã được áp dụng rộng rãi và việc sử dụng các Stapler để cắt mạch máu và khâu mồm cắt phổi đã trở nên nhanh chóng và an toàn. Để giảm thiểu chảy máu khi mổ thì can thiệp nút nhánh mạch cấp máu cho phần PBL thường được tiến hành trước khi phẫu thuật đã giảm thiểu tối đa các biến chứng chảy máu và nhiễm trùng sau mổ.^{4,10-12} Tất cả các BN của chúng tôi đều được tiến hành mổ nội soi, được sử dụng Stapler nên rút ngắn được thời gian phẫu thuật, giảm thiểu tối đa lượng máu mất trong mổ. Đến thời điểm chúng tôi thực hiện báo cáo này tất cả đều có sức khỏe tốt, hoà nhập với cuộc sống bình thường. Theo hiểu biết của chúng tôi thì hiện nay kỹ thuật mổ nội soi cắt thùy phổi hoặc phần phổi chọn lọc ở Bệnh viện Phổi Trung ương nói riêng và Việt Nam nói chung với việc sử dụng các Stapler chuyên dụng đã đạt đến trình độ ngang bằng với các nước trong khu vực và trên thế giới.

Phổi biệt lập ngoài thùy biểu hiện một bất thường mà tổ chức PBL được bao bọc bởi một màng riêng, ít gặp hơn PBL trong thùy và 90% biểu hiện ở đáy phổi trái, sát vòm hoành trái. Động mạch cấp máu thường từ động mạch chủ bụng và tĩnh mạch hồi lưu hầu hết là hệ thống tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch đơn, tĩnh mạch bán đơn và tĩnh mạch cửa. Phổi biệt lập ngoài thùy thường được chẩn đoán ở trẻ nhỏ, được phát hiện tình cờ và biểu hiện như là một tổn thương dạng khối. Không giống như PBL trong thùy, nhiễm trùng tổ chức này thường rất hiếm thấy vì nó được bao bọc hoàn toàn bởi màng phổi riêng biệt. Phổi biệt lập ngoài thùy thường liên quan với bất thường bẩm sinh khác, đặc biệt với bất thường vòm hoành và giảm sản phổi cùng bên. Trên X-quang và CT, phổi biệt lập ngoài thùy xuất hiện như là một khối đường bờ rõ, không chứa khí. Nó thường xuất hiện là một tổn thương đồng nhất nhưng cũng có thể có các kén khí phía ngoại vi. Động mạch cấp máu có thể thấy trên CT mạch. Nếu không thấy, chụp mạch có thể cần thiết cho chẩn đoán.¹

IV. KẾT LUẬN

Qua tổng kết 10 ca bệnh chúng tôi thấy phổi biệt lập là căn bệnh hiếm gặp, thuộc nhóm bất thường phổi - mạch phổi bẩm sinh song hết BN được chẩn đoán khi đã ở độ tuổi trưởng thành do các tuyến y tế cơ sở thường ít để ý đến căn bệnh này. Dấu hiệu viêm phổi (thậm chí áp xe phổi) tái lập nhiều lần và thường xuất hiện cố định vùng đáy hai phổi là dấu hiệu cần hết sức lưu ý khi chẩn đoán căn bệnh này. Chụp CLVT đa dãy có tiêm cản quang (CT mạch) kết hợp với kỹ thuật dựng hình đa hướng từ các lát tái tạo mỏng có thể giúp chúng ta chẩn đoán xác định PBL: Vị trí phân thùy đáy trong hai bên; vùng/khối đồng đặc có gianh giới rõ; vùng nhu mô có cấu trúc bất thường dạng nhiều kén khí (kích thước khác nhau, có thể có dịch), không có cấu trúc đường dẫn khí; và đặc biệt hình ảnh

mạch bất thường cấp máu cho các vùng PBL thường xuất phát từ ĐM hệ thống, (hiếm từ TM hệ thống) là tiêu chuẩn bắt buộc khi chẩn đoán xác định PBL. Phẫu thuật cắt thùy phổi/ cắt chọn lọc phần PBL qua nội soi là phương pháp điều trị triệt để được ưu tiên lựa chọn. Qua báo cáo các ca bệnh này, chúng tôi mong muốn các đồng nghiệp lưu tâm hơn nữa đến căn bệnh này, phát hiện được sớm hơn để tránh thiệt thòi cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard Webb W, Higgins Charles B. Thoracic imaging: pulmonary and cardiovascular radiology. *Wolters Kluwer*. 2017;3E:p.275-305.
2. Gabelloni M, Faggioni L, Accogli S, Aringhieri G, Neri E. Pulmonary sequestration: What the radiologist should know. *Clin Imaging*. 2021 May;73:61-72. doi: 10.1016/j.clinimag.2020.11.040. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33310586.
3. Cong CV, Ly TT, Duc NM. Intralobar pulmonary sequestration supplied by vessel from the inferior vena cava: Literature overview and case report. *Radiol Case Rep*. 2022 Feb 21;17(4):1345-1353. doi: 10.1016/j.radcr.2022.01.082. eCollection 2022 Apr. PMID: 35242263.
4. Sha JM, Zhao H, Lin ZB. Anomalous systemic arterial supply to the lung: To which category should this belong?. *Heart Lung Circ*. 2020 Sep; 29(9):1292-1300. doi: 10.1016/j.hlc.2019.08.009. Epub 2019 Aug 31. PMID: 32349946.
5. Schloricke E, Hoffmann M, Kujath P, Facklam J, Henning M, Wissgott C, Scheer F, Zimmermann M, Palade E. Management of the therapy of pulmonary sequestration: A retrospective multicentre study. *Zentralbl Chir*. 2016 Sep; 141 Suppl 1:S50-7. doi: 10.1055/s-0042-112595. Epub 2016 Sep 8. PMID: 27607889.

6. Walker CM, Wu CC, Gilman MD, Godwin JD 2nd, Shepard JA, Abbott GF. The imaging spectrum of bronchopulmonary sequestration. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2014 May-Jun; 43(3):100-14. doi: 10.1067/j.cpradiol.2014.01.005. PMID: 24791614.
7. Alamo L, Saltiel S, Tenisch E. Revising the classification of lung sequestrations. *Clin Imaging*. 2021 Sep; 77:92-97. doi: 10.1016/j.clinimag.2021.02.024. Epub 2021 Feb 23. PMID: 33662713.
8. Pechetov AA, Makov MA, Volchansky DA, Ragimov SV. VATS resection of basal pyramid segments in sequestration of the left lower lobe. *Khirurgiia (Mosk)*. 2021; (7):90-93. doi: 10.17116/hirurgia202107190. PMID: 34270200.
9. Janah H, Belabbes S, Belasri S, Zidane A, Arsalane A, Fatihi J. A case of bronchopulmonary sequestration. *Rev Mal Respir*. 2019 Apr; 36(4): 543-546. doi: 10.1016/j.rmr.2018.12.004. Epub 2019 Jan 30. PMID: 30711346.
10. Murakami H, Koga H, Lane G, Hirayama S, Suzuki K, Yamataka A. Does fissure status affect the outcome of thoracoscopic pulmonary lobectomy?. *Pediatr Surg Int*. 2020 Jan; 36(1):57-61. doi: 10.1007/s00383-019-04577-z. Epub 2019 Sep 25. PMID: 31555863
11. Shibuya S, Nakamura T, Miyazaki E. Anatomical segmentectomy with a Hybrid VATS approach in a patient with intralobar pulmonary sequestration after severe pneumonia: A case report. *European J Pediatr Surg Rep*. 2017 Jan;5(1):e21-e25. doi: 10.1055/s-0037-1603592. Epub 2017 Jul 4. PMID: 28680790.
12. Wang A, D'Amico TA, Berry MF. Surgical management of congenital pulmonary malformations after the first decade of life. *Ann Thorac Surg*. 2014 Jun; 97(6):1933-8. doi: 10.1016/j.athoracsur.2014.01.053. Epub 2014 Mar 28. PMID: 24681038.

Summary

PULMONARY SEQUESTRATION: LITERATURE REVIEW AND REPORT OF 10 CASES TREATED AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL

Pulmonary sequestration is a congenital abnormality that can be detected in childhood or adulthood. The clinical presentation often presents as recurrent pneumonia throughout the lifetime of the patient. Pathologically, pulmonary sequestration is a disorganized area of lung parenchyma, with no pulmonary artery supplying blood and no connecting airway. There are two types of distinction: intralobar sequestration and extra lobar sequestration. The vast majority of pulmonary sequestration are supplied with blood from an anomalous vessel originating from the macrovascular system, and very few (rarely) receive blood from the vena cava. CT angiography or angiography using the Catheter method helps to confirm the abnormal vessel, both for diagnosis and for surgical resection. We introduce 10 cases of intralobar pulmonary sequestration, confirmed by CT vascular, operated at the National Lung Hospital, from April 2021 to April 2022 with the hope to have a small summary of the clinical features, subclinical as well as computed tomographic features of this disease. Thereby doctors can refer, from which to have a better diagnostic approach when encountering similar cases.

Keywords: extralobar pulmonary sequestration, intralobar pulmonary sequestration, pulmonary sequestration.