

Thông động tĩnh mạch phổi: Báo cáo trường hợp lâm sàng

Pulmonary arteriovenous malformation: A case report

Cung Văn Công

Bệnh viện Phổi Trung ương

Tóm tắt

Thông động - tĩnh mạch phổi (Pulmonary arteriovenous malformation - PAVM) cũng được biết đến như là rò động - tĩnh mạch phổi. Bệnh thường là bẩm sinh, do sự thiếu hụt cấu trúc hoặc sự giãn bất thường của các mao mạch phổi mà nguyên nhân chủ yếu do thiếu phát triển thành mao mạch. Phần lớn các trường hợp PAVM có liên quan đến hội chứng Rendu - Osler - Weber (Hội chứng giãn mạch chảy máu có tính chất di truyền - Hereditary hemorrhagic telangiectasia - HHT). PAVM hiếm xảy ra như là hệ quả của chấn thương ngực. PAVM tồn tại trong khoảng thời gian dài và thường được chẩn đoán lần đầu ở người trưởng thành. Hơn hai phần ba các trường hợp tổn thương gặp ở thùy dưới, khu vực dưới màng phổi và thể một ổ chiếm đại đa số các trường hợp. Chẩn đoán ban đầu thường là nốt đơn độc phổi. Khi chụp cắt lớp vi tính ngực, kể cả có tiêm cản quang tĩnh mạch nếu bác sĩ điện quang không nghi ngờ PAVM từ trước thì vẫn có thể chẩn đoán sai lầm dẫn đến việc tiến hành sinh thiết xuyên thành ngực nốt đơn độc phổi. Khi tai biến xảy ra bệnh nhân thường chảy máu màng phổi nặng, nếu không phẫu thuật kịp thời sẽ ảnh hưởng đến tính mạng người bệnh. Chúng tôi báo cáo một trường hợp PAVM được phát hiện tình cờ ở một bệnh nhân nữ, 33 tuổi, được xác nhận bằng chụp cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm cản quang tĩnh mạch. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt chọn lọc phần phổi có PAVM (cắt phổi không điển hình). Ca phẫu thuật thành công và sức khỏe hiện tại của bệnh nhân rất tốt. Kết quả đại thể và vi thể của bệnh phẩm sau phẫu thuật phù hợp với PAVM. Qua trường hợp này, chúng tôi muốn nhấn mạnh những đặc điểm hình ảnh CT của PAVM, đề xuất các phương pháp tiếp cận chẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

Từ khóa: Hội chứng giãn mạch chảy máu có tính chất di truyền, thông động tĩnh mạch phổi, bệnh lý hiếm gặp, dị dạng mạch máu.

Summary

A pulmonary arteriovenous malformation (PAVM) also known as an arteriovenous fistula, it is a rare disease. The disease is usually congenital, due to structural deficiency or abnormal dilation of the pulmonary capillaries which is mainly due to lack of capillary wall development. The majority of AVM cases are associated with Rendu-Osler-Weber syndrome (Hereditary hemorrhagic telangiectasia - HHT). PAVM rarely occurs as a result of trauma to the chest. PAVM is usually long-lasting and is often first diagnosed in adults. More than two-thirds of the lesions were found in the lower lobe, the subpleural area, and the monofocal form made up the vast majority of cases. The initial diagnosis is usually a solitary pulmonary nodule. When computed tomography of the chest with intravenous contrast injection PAVM often strongly enhances the pulmonary artery. Accurate diagnosis of solitary pulmonary nodule as PAVM will help doctors avoid transthoracic biopsies and avoid life-threatening complications. We report an incidentally discovered case of PAVM in an adult patient, confirmed by contrast-enhanced

Ngày nhận bài: 4/3/2022, ngày chấp nhận đăng: 25/4/2022

Người phản hồi: Cung Văn Công, Email: vancong13071964@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

multislice computed tomography. The patient underwent laparoscopic elective resection of the lung with PAVM. The surgery was successful and the patient is in good health. The results of macroscopic and microscopic specimens after surgery are consistent with PAVM. Through the case, we want to emphasize the features of the CT images of PAVM, recommend diagnostic methods and choose appropriate treatment.

Keywords: Hereditary hemorrhagic telangiectasia, pulmonary arteriovenous malformation, rare diseases, vascular malformation.

1. Đặt vấn đề

Thông động tĩnh mạch phổi bẩm sinh (PAVM) biểu hiện rò động- tĩnh mạch phổi, thường do thiếu hụt cấu trúc kết hợp sự giãn nở bất thường của thành mao mạch phổi trong quá trình phát triển. Có 35-67% các trường hợp có liên quan đến hội chứng Rendu - Osler - Weber (giãn mao mạch xuất huyết di truyền) thường thấy ở trên da, màng nhầy. PAVM hiếm được coi xảy ra là do chấn thương ngực hoặc hội chứng gan - phổi [1].

PAVM có thể xuất hiện từ thời niên thiếu song thường được chẩn đoán lần đầu ở người trưởng thành. Hơn 2/3 trường hợp thấy ở thùy dưới và thường ở khu vực dưới màng phổi. Thông động tĩnh mạch nhiều vị trí gặp trong 35% các trường hợp và ở hai bên chiếm 10% [1, 2].

Chẩn đoán hình ảnh thường gặp hai thể PAVM: Dạng đơn lẻ và dạng phức tạp. Dạng đơn lẻ túi thông thường chỉ bao gồm sự kết nối một động mạch phổi và một tĩnh mạch phổi. Dạng này thường gặp nhất và chiếm số lượng lớn các PAVM. Thể phức tạp bao gồm có nhiều hơn một động mạch phổi đến túi PAVM, rất hiếm gặp [2, 4].

Trên X-quang, một PAVM đơn giản thường xuất hiện ở vùng ngoại vi, có hình mờ đều dạng tròn, oval, chia thùy hoặc ngoằn ngoèo. Tĩnh mạch phổi dẫn lưu túi giãn rất thường xuyên thấy, giãn rộng và đi về phía rốn phổi. Túi PAVM có thể giãn từ từ qua một khoảng thời gian dài song việc tăng kích thước nhanh cũng có thể xảy ra [1, 4].

Trên CT ngực, PAVM đơn giản có thể thấy như là một nốt mờ đều, bờ rõ, hình tròn hoặc elip, hầu hết luôn ở vị trí dưới màng phổi. Túi thông động tĩnh mạch đặc trưng bởi một đám rối hỗn độn. Mạch giãn trông giống như một khối chia thùy, đường bờ gợn sóng. Trong cả hai trường hợp, nhánh động

mạch phổi nuôi dưỡng và nhánh tĩnh mạch dẫn lưu bị giãn, và với túi thông lớn trên 1 - 2cm, động mạch cấp máu thường dễ dàng nhận thấy. Nhìn chung đường kính mạch đến thường bằng 1/2 đường kính túi PAVM [1-4].

CT ngực xoắn ốc có độ chính xác cao trong sự đánh giá thông động tĩnh mạch và cấu trúc của nó. Trong hầu hết các trường hợp, dấu hiệu tìm được là đầy đủ để chẩn đoán PAVM, nhưng tiêm thuốc cản quang có thể khẳng định. Sau khi tiêm thuốc cản quang, PAVM ngấm và thải thuốc nhanh, xảy ra cùng thì với động mạch phổi và nhĩ phải [1, 4, 5, 6, 7].

PAVM xuất hiện với đường kính < 2cm trên X-quang thì bệnh nhân thường không có triệu chứng. PAVM đơn giản thường có triệu chứng ở 35% số các trường hợp, ít hơn PAVM phức tạp (85%). PAVM thường tạo Shunt phải trái, và thường gây tím tái, tùy thuộc vào kích thước shunt. Triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân PAVM là khó thở, hồi hộp, ho máu và đau ngực. Đột quỵ có thể xảy ra liên quan với chứng đa hồng cầu, tắc mạch qua AVM từ tĩnh mạch hệ thống rất nguy hiểm, có thể gây biến chứng tử vong. Dập, rách hoặc tràn khí màng phổi thường là hệ quả của xuất huyết phổi. Nếu không được điều trị, khoảng 25% các bệnh nhân PAVM có triệu chứng trở nên trầm trọng và thậm chí 50% dẫn đến biến chứng tử vong [1, 5].

Điều trị PAVM thể đơn giản thường dùng Catheter gây bít tắc lỗ rò bằng cách sử dụng wire coil, và dùng cho những lỗ rò có đường kính động mạch cấp máu > 3mm. Việc tái thông của một thông động tĩnh mạch sau khi gây bít tắc bằng wire coil cũng có thể thường xảy ra. PAVM phức tạp thường xuất hiện nhiều triệu chứng hơn PAVM đơn giản vì dòng shunt lớn. Điều trị khó khăn hơn do có nhiều động mạch đến [1, 7, 8]. Đối với các PAVM sau điều

trị nút mạch xuất hiện tái thông hoặc các AVM phức tạp, phẫu thuật cắt chọn lọc phần phổi thường được tiến hành, thuận lợi hơn khi mà hiện nay kỹ thuật cắt phổi bằng nội soi có hỗ trợ video (VATS) đang được ứng dụng rộng rãi [7].

Chẩn đoán PAVM các thể thường không khó nếu các bác sĩ biết đến bệnh này trong quá trình khám sàng lọc. Việc ứng dụng kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính đa dãy có tiêm cản quang phát hiện chính xác phần lớn các trường hợp với điều kiện chúng ta phải sử dụng đúng liều lượng và tốc độ tiêm. Chụp thì chậm sau 20 giây sau khi chụp thì động mạch phổi thường cho thấy hình ảnh bộ 3 của PAVM rõ ràng hơn (Động mạch phổi, túi AVM, tĩnh mạch phổi dẫn lưu). Nếu áp dụng không đúng kỹ thuật tiêm cản quang tĩnh mạch (thiếu thuốc, tốc độ tiêm chậm, chụp không đúng thì) chúng ta dễ bỏ qua chẩn đoán PAVM [1, 5]. Nốt đơn độc cản sinh thiết thường được thảo luận và tiến hành. Và tai họa có thể xảy ra với bệnh nhân khi kim sinh thiết chọc vào "hồ máu", đe dọa nhanh chóng tính mạng bệnh nhân nếu kỹ thuật sinh thiết tiến hành ở những cơ sở không thể tiến hành phẫu thuật.

Chúng tôi báo cáo trường hợp PAVM này với mong muốn phân tích các đặc điểm hình ảnh CT ngực của PAVM, khuyến nghị các phương cách chẩn đoán an toàn và lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

2. Trường hợp lâm sàng

Bệnh nhân nữ, 33 tuổi, được chuyển đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh với chẩn đoán u phổi.

Từ nhỏ bệnh nhân khoẻ mạnh, hiếm khi có biểu hiện viêm nhiễm đường hô hấp, không ho ra máu, không chảy máu cam, không có xuất huyết ở da và niêm mạc lẫn nào. Cách đây 3 năm, sau khi sinh con thứ 2 bệnh nhân xuất hiện bệnh vẩy nến.

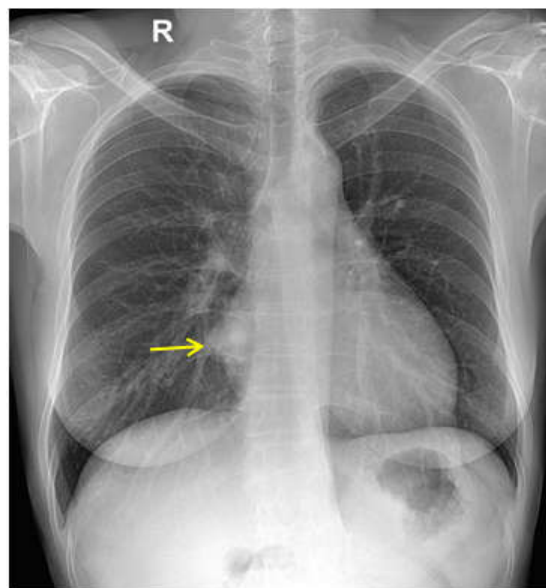
Trước khi đến bệnh viện đa khoa tỉnh khám 1 tuần bệnh nhân xuất hiện đau ngực, ho nhiều, không có đờm, khó thở nhẹ, không sốt, không ho ra máu. Bệnh nhân đã được tiêm phòng vắc xin phòng COVID-19 hai mũi, cách nhau 4 tháng. Trước khi nhận vào khám, bệnh nhân đã được bệnh viện đa

khoa tỉnh làm PCR đối với Sars-CoV-2 cho kết quả âm tính. Bệnh viện tỉnh đã khám, chỉ định chụp phim X-quang và CT ngực và làm các xét nghiệm cơ bản. Bệnh nhân được chẩn đoán theo dõi u phổi phải, được chuyển đến Bệnh viện Phổi Trung ương khám và điều trị.

Bệnh viện Phổi Trung ương tiếp nhận bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh trong tình trạng ho nhiều, có đờm, sốt nhẹ và khó thở nhẹ. Bệnh nhân được xét nghiệm PCR Sars-CoV-2 cho kết quả âm tính.

Khám lâm sàng: Bệnh nhân có thể trạng trung bình, da niêm mạc hồng, có nhiều mảng vẩy nến ở vùng da đầu, không phù, không xuất huyết dưới da, hạch ngoại vi không sờ thấy, tuyến giáp không to. Nghe tim nhịp đều rõ, nhịp tim trong giới hạn bình thường. Nghe phổi thấy giảm thông khí bên phải, rung thanh đều.

Bệnh nhân đã được chụp phim X-quang ngực. Kết quả chi tiết được thể hiện trong Hình 1.

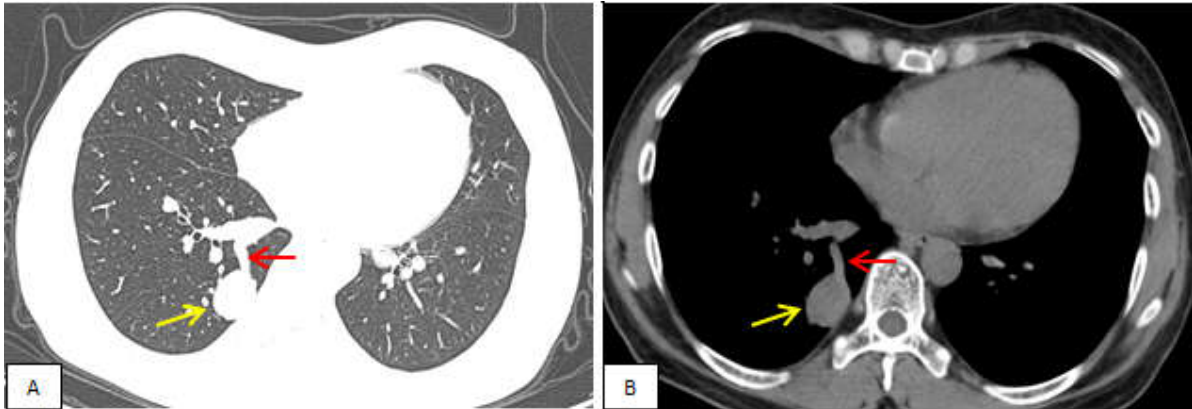


Hình 1. Phim X-quang ngực thẳng, chiếu tia X sau - trước (PA)

Xuất hiện nốt mờ khu vực 1/3 dưới phổi phải (mũi tên vàng), tròn nhẵn, đường kính # 28mm, không cùng bình diện với bờ tim phải (phía sau).

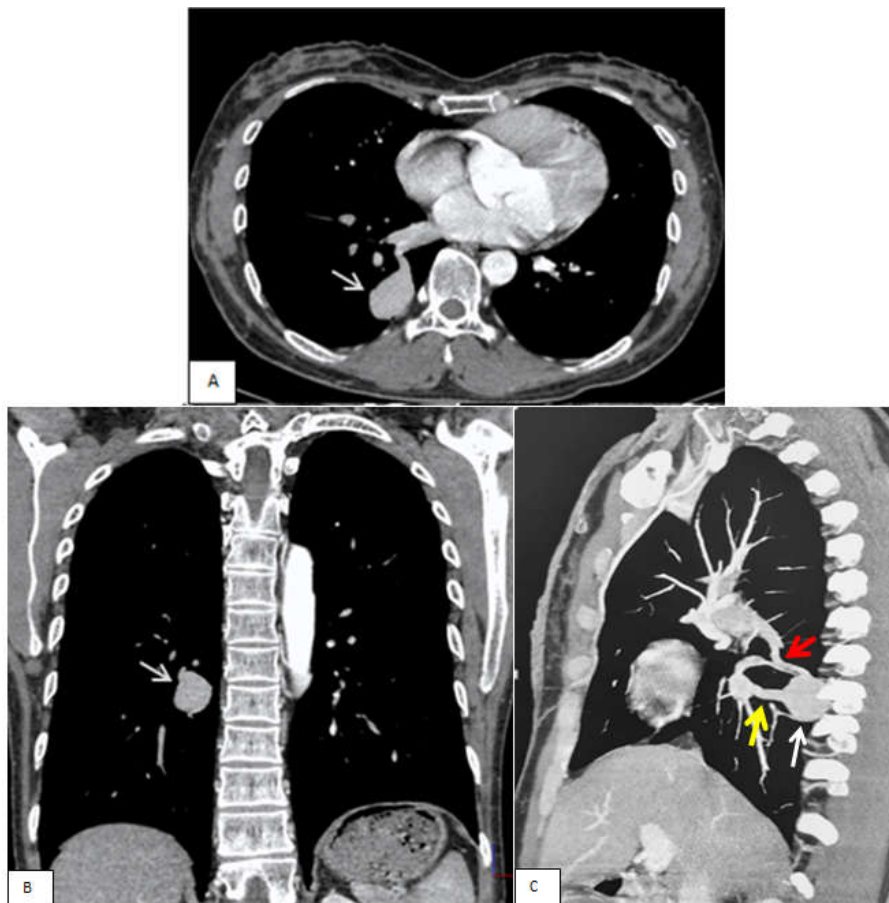
Bệnh nhân được chỉ định chụp phim CT ngực bằng máy 64 dãy, có tiêm cản quang tĩnh mạch (Xenetic 350 × 100ml; tốc độ 3ml/s). Công thức chụp: 130kV, Xtube 115mA, dày lát cắt 3mm.

WW/WL: 1200/-800 (cửa sổ nhu mô phổi); WW/WL: 350/50 (cửa sổ trung thất). Sau chụp tái tạo các cửa sổ bằng các lát mỏng 0,75mm. Hình ảnh và kết quả đọc phim chi tiết được thể hiện trong Hình 2, 3 và 4.



Hình 2. CT ngực, cửa sổ phổi (A) và cửa sổ trung thất (B), cùng lát cắt.

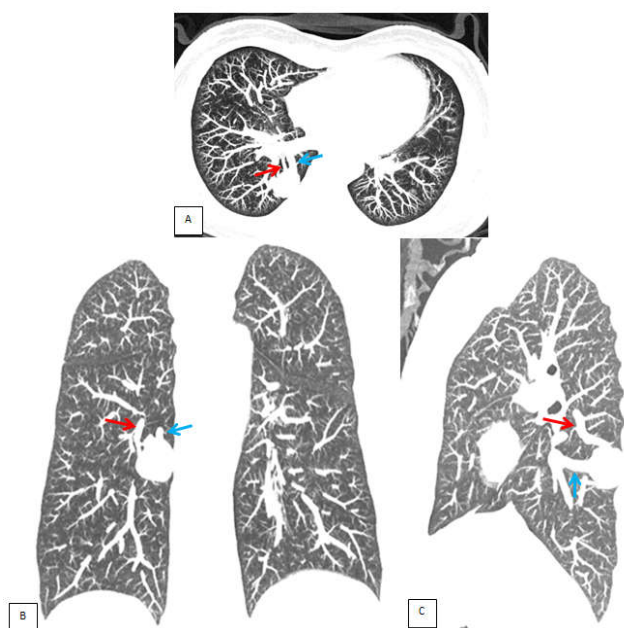
A,B: Xuất hiện nốt có tỷ trọng mô mềm (tỷ trọng trung bình: 40HU), kích thước # 26 × 23mm, đường bờ nhẵn, gian giới với nhu mô xung quanh rõ ràng, vị trí phân thùy VI phổi phải (mũi tên vàng). Nốt có cường lớn nổi với tĩnh mạch phổi sau dưới cùng bên (mũi tên đỏ).



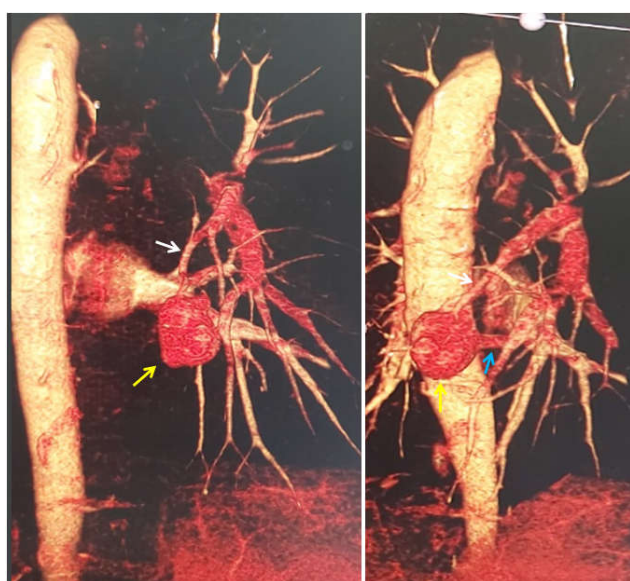
Hình 3. CT ngực, cửa sổ trung thất sau tiêm, ảnh MPR các bình diện (A: Axial; B: Coronal; C: Sagittal)

A, B, C: Nốt ngấm cản quang tương đương tĩnh mạch sau - dưới phải (các mũi tên trắng).

C: Xuất hiện hình ảnh hai nhánh mạch liên quan (ĐMP: Mũi tên đỏ; TMP: Mũi tên vàng)



Hình 4. CT ngực, tái tạo cửa sổ MIP các bình diện (A: Axial; B: Coronal; C: Sagital)
A, B, C. Các cuống nốt đều có cấu trúc và liên quan mạch phổi (ĐMP: Mũi tên đỏ; TMP: mũi tên xanh)



Hình 5. Hình VRT dựng từ CT ngực của bệnh nhân (A: Nhìn từ phía sau; B: Nhìn từ bên phải)
A, B: Túi AVMP (mũi tên vàng); Nhánh động mạch phổi (mũi tên trắng); Nhánh tĩnh mạch phổi (mũi tên xanh)

Các xét nghiệm cơ bản cũng được tiến hành làm tại khoa khám bệnh (công thức máu; sinh hoá máu, sinh hoá nước tiểu, đông cầm máu, nhóm máu, khí máu, siêu âm ổ bụng, điện tim) đều cho các kết

quả trong giới hạn bình thường ngoại trừ xét nghiệm công thức máu có bạch cầu tăng (16,49u/L; trong đó bạch cầu đa nhân trung tính 89,4%); các chỉ số khác trong công thức bạch cầu trong giới hạn bình thường.

Chẩn đoán của khoa khám bệnh: Theo dõi u phổi phải/nặng nhân vảy nến; bệnh nhân được nhập viện tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Phổi Trung ương.

Tại Khoa Hô hấp bệnh nhân đã được chẩn đoán: Theo dõi viêm phổi/bệnh nhân PAVM, vảy nến. Bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh (phác đồ viêm phổi cộng đồng) và làm các xét nghiệm về lao (AFB, Gene Xpert MTB/RIF đờm và dịch rửa phế quản) cho kết quả âm tính. Bệnh nhân được nội soi phế quản, siêu âm tim, siêu âm ổ bụng cho kết quả bình thường. Các xét nghiệm HbsAg, HCV, HIV cũng được tiến hành và cho kết quả âm tính.

Bệnh nhân đã được hội chẩn liên khoa, kết quả hội chẩn: Đây là trường hợp thông động tĩnh mạch phổi 1 ổ với túi thông khá lớn (# 30mm) và đường kính động mạch đến cũng như tĩnh mạch dẫn lưu cũng giãn rộng (#6mm và 8mm); Chẩn đoán phân biệt với giãn tĩnh mạch phổi; Đề xuất chụp cộng hưởng từ sọ tằm soát AVM nhiều cơ quan.

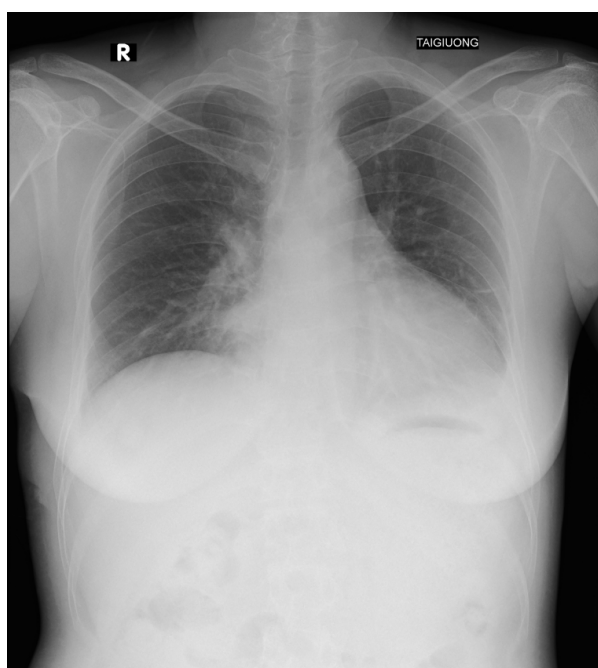
Bệnh nhân đã được tiến hành chụp cộng hưởng từ sọ cho kết quả không thấy bất thường.

Việc cân nhắc giữa can thiệp nút mạch (thả Coil túi thông) và phẫu thuật cắt bỏ đã được thảo luận. Căn cứ vào cấu trúc túi AVM nên các chuyên gia hội chẩn đã quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực có hỗ trợ Video cắt bỏ phần phổi có túi AVM bằng Stapler.

Bệnh nhân đã được phẫu thuật sau 7 ngày vào viện. Ca mổ thành công. Cách thức phẫu thuật đã được phẫu thuật viên báo cáo trong phiếu phẫu thuật: Rạch da 3cm đường trước bên vào khoang màng phổi theo liên sườn V. Đặt 1 Troca 10mm khoang liên sườn VII đường nách giữa cho Camera vào. Kiểm tra thấy phổi không dính vào thành ngực, Tổn thương u mạch nằm gần ngoại vi thùy dưới phổi phải, kích thước khoảng 3 x 3cm, màu tím, đập theo nhịp tim mạch. Tiến hành cắt một phần thùy dưới phải (kèm tổn thương) bằng 2 Stapler. Rửa khoang màng phổi bằng nước muối sinh lý ấm, kiểm

tra thấy phổi nở tốt, kín. Cầm máu kỹ, đặt 1 sonde dẫn lưu khoang màng phổi, đóng thành ngực theo các lớp giải phẫu. Phẫu thuật an toàn. Lấy bệnh phẩm sau mổ làm xét nghiệm giải phẫu bệnh thường qui. Theo dõi sát bệnh nhân đến khi ổn định.

Quá trình hậu phẫu bệnh nhân diễn tiến thuận lợi. Sonde dẫn lưu khoang màng phổi trái đã rút sau 3 ngày. Phim chụp X-quang tại giường đã được tiến hành ở tư thế bệnh nhân ngồi. Chi tiết hình ảnh được thể hiện trong Hình 6.

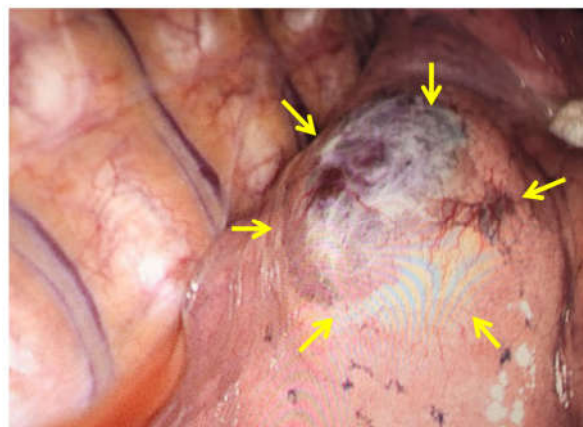


Hình 6. Phim X-quang ngực, chụp bằng máy di động, tại giường bệnh tư thế sau - trước
Tim sang trái (do phổi trái giảm thể tích);
góc sườn - hoành trái kém nhọn

Bệnh nhân đã được làm siêu âm màng phổi trái tại giường. Kết quả khoang màng phổi trái không có dịch.

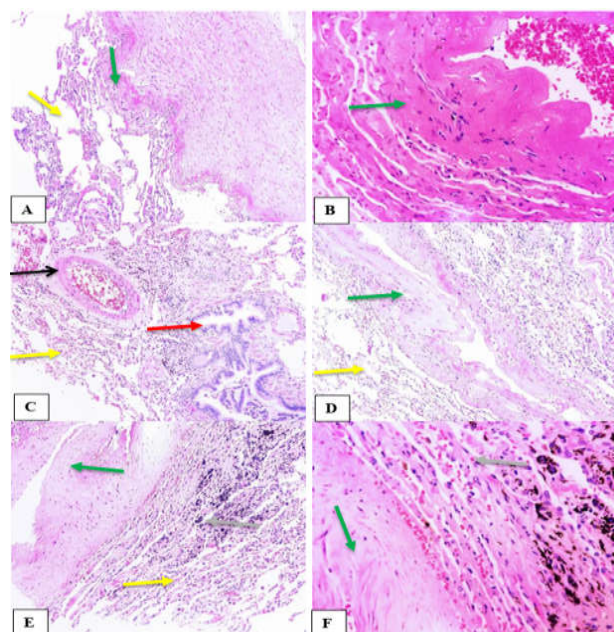
Hình ảnh trong mổ, đại thể, vi thể bệnh phẩm phù hợp với PAVM; loại trừ u phổi hoặc túi giãn tĩnh mạch phổi. Chi tiết được thể hiện trong Hình 7 và 8.

Bệnh nhân đã được hỗ trợ tập phục hồi chức năng hô hấp. Sau mổ 1 tuần bệnh nhân được ra viện về nhà theo dõi, nếu có bất thường đề nghị liên lạc ngay với bác sỹ điều trị bằng điện thoại. Bệnh nhân được hẹn khám lại sau 1 tháng.



Hình 7. Hình ảnh trong mổ bộc lộ túi PAVM vùng phân thùy VI phổi trái khối PAVM (mũi tên vàng) đẩy lồi lá tạng màng phổi (khi phổi xẹp).

Khu vực góc trên bên trái là hình ảnh mặt trong lá thành màng phổi bao gồm các cơ liên sườn.



Hình 8. Giải phẫu vi thể bệnh phẩm sau mổ

A-F: Mảnh sinh thiết là mô phổi gồm vách phế nang (các mũi tên vàng) với các phế bào lợp vách phế nang nhân nhỏ đều, lành tính, có vùng có tiểu phế quản (mũi tên đỏ) và động mạch (mũi tên đen) đi kèm, xen kẽ vùng thâm nhiễm nhiều đại thực bào bụi than (Mũi tên xám). Tổn thương kèm theo gồm khối mạch máu gợi hình ảnh động mạch chun thành dày mỏng không đều (các mũi tên xanh), lòng chứa nhiều hồng cầu. Không thấy tổn thương đặc hiệu của lao, không thấy tế bào ác tính. Kết luận hình ảnh

bất thường mạch máu phù hợp với khối dị dạng mạch máu tại phổi PAVM. (Hình A, C, D, E: HE × 100, Hình B, F: HE × 400).

4. Bàn luận

PAVM là một bất thường về kết nối mạch máu giữa động mạch phổi và tĩnh mạch phổi. Hầu hết các trường hợp thường là bẩm sinh, thường xảy ra trên nhóm người bệnh có hội chứng Rendu - Osler - Weber (Hội chứng giãn mạch chảy máu có tính chất di truyền - Hereditary hemorrhagic telangiectasia - HHT). Hiếm khi tình trạng này xuất hiện như là hệ quả của hội chứng gan - phổi hoặc chấn thương ngực [1, 2, 3, 8]. Đã có những báo cáo giãn phế quản cũng có thể dẫn đến PAVM song cũng rất hiếm [6]. Tại vị trí có bất thường kết nối thường tạo ra túi có cấu trúc mạch bất thường, trong đó chủ yếu xuất hiện tình trạng Shunt trái - phải. Tỷ lệ PAVM bị vỡ chiếm 2 - 8%, thường xảy ra ở bệnh nhân có rối loạn đông máu hoặc đang mang thai [1, 2]. Túi PAVM một khi xuất hiện thường rất giống u, thường được chẩn đoán nốt đơn độc phổi [1, 2, 3]. Phân loại PAVM thường chia thành 2 loại đơn giản và phức tạp. Loại đơn giản túi thông thường chỉ được cấp máu bởi 1 động mạch và 1 tĩnh mạch dẫn lưu. Loại phức tạp được phân loại khi có từ 2 động mạch cấp máu trở lên. Khi túi PAVM vỡ, kỹ thuật nút mạch cấp cứu thường được tiến hành [3, 4]. Tuy nhiên trong các trường hợp bệnh nhân có dị ứng với các vật liệu nút mạch, đặc biệt là vật liệu kim loại hoặc thuốc túi thông lớn hoặc túi thông thuộc loại phức tạp thì việc phẫu thuật cấp cứu cắt chọn lọc phần phổi có túi thông nên được ưu tiên tiến hành [4]. Chẩn đoán phân biệt nốt đơn độc phổi đối với các nước phát triển hay dùng PET/CT để tìm kiếm khả năng ác tính, đặc biệt trên những bệnh nhân suy thận hay dị ứng với thuốc cản quang [5].

Phần lớn các trường hợp PAVM được phát hiện ở người lớn mặc dù bệnh có thể đã xuất hiện từ thời thơ ấu. Bệnh biểu hiện ở trẻ em thường ở mức độ nặng, trẻ có tím tái, khó thở và thường gây tử vong ở trẻ sơ sinh [8]. Việc tiếp cận, theo dõi, quản lý y tế đối với những người bị HHT luôn đòi hỏi chiến lược từ các cơ sở y tế đa chuyên khoa. Những đối tượng này một khi xuất hiện AVM thường sẽ thấy ở nhiều cơ quan cho nên việc tầm soát AVM sẽ phải mang tính toàn diện các nội tạng [9].

Quay lại trường hợp trường hợp bệnh nhân này chúng tôi thấy có nhiều điểm cần nhấn mạnh. Từ nhỏ cho đến khi xuất hiện các triệu chứng ở tuổi trung niên bệnh nhân hoàn toàn khoẻ mạnh. Như vậy các triệu chứng kinh điển trong bệnh sử của PAVM đã không xuất hiện ở bệnh nhân này. Trước khi đến bệnh viện địa phương khám 1 tháng bệnh nhân xuất hiện ho có ít đờm, đau ngực, khó thở nhẹ, không sốt, không ho ra máu. Các dấu hiệu nói trên là không đặc hiệu của PAVM và cũng rất hay gặp ở bệnh lý viêm nhiễm đường hô hấp nói chung. Vào thời điểm đó bệnh nhân cũng đã được tiêm phòng 2 mũi vắc xin phòng Covid 19 đầy đủ. Khi bệnh nhân đến khám thì bất thường đã thấy rõ cả trên phim X quang ngực thường qui và chụp cắt lớp vi tính với kích thước nốt bất thường cũng khá lớn (28 × 28mm). Bệnh nhân được chẩn đoán nốt đơn độc phổi và chẩn đoán phân biệt theo khuyến cáo của các tổ chức, hiệp hội quốc tế (NCCN, ATS, BTS, Fleischer) đã được các bác sĩ tham khảo và vận dụng một cách triệt để. Nốt đơn độc trên 15mm thì cần phải đánh giá bằng cắt lớp vi tính có tiêm cản quang hoặc PET/CT. Nếu kết quả nghi ngờ ung thư mức độ thấp thì hẹn bệnh nhân 3 tháng chụp LDCT. Nếu nghi ngờ ung thư mức độ cao khi đó cần sinh thiết xuyên thành ngực hoặc phẫu thuật cắt bỏ. Đặc điểm ngấm thuốc dạng nhiều múi của nốt đơn độc này khá điển hình là một AVMP và các kỹ thuật tái tạo, dựng hình đã được áp dụng để đưa ra một chẩn đoán xác định trường hợp AVMP, tránh được khả năng sinh thiết xuyên thành ngực và các tai biến chảy máu khủng khiếp khi chọc vào túi AVP này.

Cuối cùng, một khi đã phát hiện ra AVMP thì vấn đề lựa chọn phương cách điều trị là vô cùng quan trọng. Trong thực tế sẽ có các tình huống xử trí cấp cứu và xử trí có trì hoãn, điều trị AVMP đơn giản và AVMP phức tạp. Trong tình huống cấp cứu (bệnh nhân ho ra máu số lượng trung bình đến nhiều), AVMP vỡ, kể cả tình huống tai biến do sinh thiết thì việc lựa chọn nút mạch nên được ưu tiên hàng đầu. Tuy nhiên đây là một kỹ thuật khó và có nhiều rủi ro vì phải thông tim phải, đòi hỏi trang thiết bị tiên bị kèm các chuyên gia can thiệp mạch chuyên nghiệp và hệ thống hồi sức tích cực đồng bộ. Sau nút mạch khả năng tái thông của AVMP cũng là khá cao. Vì vậy xu thế hiện nay lựa chọn phẫu thuật cắt bỏ chọn lọc phần phổi có chứa AVMP (cắt hình chêm), cắt thùy phổi, thậm chí phải phẫu thuật cả hai bên phổi cũng đang được nhiều quốc gia lựa chọn. Phần lớn các ca phẫu thuật đều sử dụng

phương pháp mổ nội soi với việc sử dụng các Stapler hiện đại nên thời gian phẫu thuật cũng được rút ngắn (30 - 95 phút) và giảm thiểu được mất máu nhiều [7, 10]. Ca bệnh chúng tôi báo cáo đã được phẫu thuật thành công, cắt bỏ được phần phổi có túi AVMP một cách "tiết kiệm" nhất. Hiện tại bệnh nhân đã trở về cuộc sống bình thường và vẫn đang được chúng tôi theo dõi chặt chẽ.

5. Kết luận

Chúng tôi báo cáo ca bệnh thông động tĩnh mạch phổi được phát hiện tình cờ song đã có phương cách tiếp cận chẩn đoán chuẩn xác. Tiền sử BN hoàn toàn khoẻ mạnh, không có biểu hiện của viêm đường hô hấp tái lập. Bệnh nhân đến khám vì ho nhiều, đau ngực (một phần vì lo sợ COVID 19). Xét nghiệm máu cho thấy BN có tình trạng nhiễm trùng. Chẩn đoán hình ảnh ban đầu theo dõi nốt đơn độc phổi song nhờ có chụp CLVT 64 dãy có tiêm cản quang có sử dụng các kỹ thuật tái tạo, dựng hình mà chúng tôi đã phát hiện ra trường hợp thông động-tĩnh mạch phổi. . Nốt đơn độc dạng hồ máu (ngấm cản quang giống mạch) kết hợp với hình ảnh động mạch phổi cấp máu và tĩnh mạch phổi dẫn lưu là đặc điểm điển hình của AVMP. Nhận diện sớm được hình ảnh AVMP sẽ tránh được các tai biến nguy hiểm khi sinh thiết xuyên thành ngực nốt đơn độc phổi. Điều cần nhấn mạnh là đứng trước một trường hợp nốt đơn độc phổi cần sinh thiết, nhất thiết phải có phim CT ngực có tiêm cản quang và quá trình tiếp cận chẩn đoán nên tuân theo đúng các hướng dẫn (Guideline) mà quốc tế đã đồng thuận (NCCN, Fleischer Society, ATS, BTS...). Và cuối cùng lựa chọn phương cách điều trị AVMP nên phù hợp với tình trạng bệnh và trình độ chuyên môn, trang thiết bị của cơ sở y tế. Phẫu thuật cắt thùy phổi hoặc cắt chọn lọc phần phổi có chứa túi AVMP vẫn là phương cách điều trị triệt căn được hầu hết các cơ sở y tế lựa chọn.

Tài liệu tham khảo

1. Richard Webb W and Charles B Higgins (2017) Thoracic Imaging: Pulmonary and Cardiovascular Radilogy. 2017; 3 E; p. 275 – 305.
2. Liu S, Xu X, Qin Y, Zhao X, Rare ruptured pulmonary arteriovenous malformation mimicking lung tumor in a girl.
3. Anatol J Cardiol (2021) 25(7): 30. doi: 10.5152/AnatolJCardiol.2021.74790.PMID: 342363.35.
4. Lin YP, Liang CH, Wu FZ (2019) Pulmonary arteriovenous malformation mimicking a lung mass. Br J Hosp Med (Lond) 80(8): doi: 10.12968/hmed.2019.80.8.ii.PMID: 31437038.
5. Takase Y, Nakano S, Yamaki E, Kawashima O (2021) Pulmonary arteriovenous malformation with metal allergy. BMJ Case Rep 14(3): 240275. doi: 10.1136/bcr-2020-240275.PMID: 33692060.
6. Maruyama T, Kariya S, Nakatani M, Ono Y, Ueno Y, Komemushi A, Tanigawa N (2021) Congenital pulmonary varix: Two case reports. Medicine (Baltimore). 100(51): 28340. doi: 10.1097/MD.00000000000028340.PMID: 34941138
7. Parambil JG (2016) Hereditary hemorrhagic telangiectasia. Clin Chest Med 37(3): 513-521. doi: 10.1016/j.ccm.2016.04.013. Epub 2016 Jun 10.PMID: 27514597.
8. Reichert M, Kerber S, Alkoudmani I, Bodner J (2016) Management of a solitary pulmonary arteriovenous malformation by video-assisted thoracoscopic surgery and anatomic lingula resection: Video and review. Surg Endosc 30(4): 1667-1669. doi: 10.1007/s00464-015-4337-0. Epub 2015 Jul 9.PMID: 26156615.
9. Liu JR, Liu H, Wang B, Zhang YH, Xu H, Tang XL, Li HM, Zhao SY (2020) Case report of hereditary hemorrhagic telangiectasia in children and literature review. Zhonghua Er Ke Za Zhi 58(8): 674-678. doi: 10.3760/cma.j.cn112140-20200415-00386.PMID: 32842389
9. Xie L, Li Y, Jiang X, Zhao J, Xiao T (2019) A 10-year-old boy with dyspnea and hypoxia: Abernathy malformation masquerading as pulmonary arteriovenous fistula. BMC Pediatr 19(1): 55. doi: 10.1186/s12887-019-1422-x.PMID: 30744582.
10. Riera-Mestre A, Ribas J, Castellote J (2019) Medical management of haemorrhagic hereditary telangiectasia in adult patients. Med Clin (Barc). 152(7): 274-280. doi: 10.1016/j.medcli.2018.09.015. Epub 2018 Nov 27.PMID: 30502301.