

EFICACITATEA TORACOPLASTIEI OSTEOPLASTICE CU GREFON COSTAL PARAMEDIASTINAL ÎN TRATAMENTUL TUBERCULOZEI PULMONARE CAVITARE

Zoltán Naftali, Zeno Barbu, Eugenia Barbu

Apariția metodelor eradicative a revoluționat problema tratamentului în tuberculoza pulmonară cavitară, punând în discuție nu numai renumele colapsoterapiei chirurgicale, ci însăși necesitatea existenței ei. În realitate însă, multe cazuri beneficiază încă de colapsoterapia chirurgicală, chiar dacă au depășit limita operabilității de rezecție. În felul acesta, chirurgia de colaps și-a regăsit locul pe care era sa-l piardă în cadrul tratamentului complex al fizioiei. În momentul de față, majoritatea autorilor sînt de acord că tratamentul complex al tuberculozei cavitare trebuie să înceapă prin chimioterapie asociată eventual cu colaps medical. Tot ceea ce nu se poate rezolva pe această cale, urmează a fi rezolvat în primul rînd prin metoda exerezei, iar dacă aceasia este contraindicată, atunci prin colaps chirurgical. Rezultă prin urmare că colapsul chirurgical trăiește în momentul de față din contraindicațiile exerezei. Trebuie însă menționat faptul că atât colapsul medical cit și colapsul chirurgical pot fi eficace numai dacă prealabila chimioterapie potențializată și dirijată a reușit să asaneze și să deterjeze complexul cavernă — bronșie de drenaj. În caz contrar, orice tentativă colapsoterapeutică e sortită eșecului sau recidivei, asanarea ulterioară fiind aproape imposibilă.

Metodele eradicative prevalează în diferitele țări pe măsura benignizării endemiei tuberculoase, cu preponderența formelor localizate și puțin evolutive ale tuberculozei cavitare.

Printre metodele de colaps chirurgical, care au rezistat timpului, trebuie să cităm, în primul rînd, toracoplastiile osteoplastice. Față de dezavantajele toracoplastiilor simple cu- și fără apicoliză, care au dus în multe cazuri la reexpansionarea bontului pulmonar cu recidivă, precum și la diferite deformări toracice, cu o compromitere mai mult sau mai puțin importantă a funcției respiratorii, colapsul osteoplastic își propune să asigure o colabare definitivă a teritoriului cuprins în operație, fără deformări toracice și cu o minimă reducere a cimpului respirator.

În momentul de față literatura medicală cunoaște cîteva metode de toracoplastie osteoplastică, printre care amintim următoarele.

1. Metoda *Holst*, care realizează un acoperiș costal postero-lateral prin fixarea cu fire de perlon a bonturilor posterioare ale coaștelor II—III—IV și V de coasta a VI-a restantă.
2. Metoda lui *Björk* se deosebește de procedeul *Holst* numai prin modul de fixare a bonturilor coaștelor parțial rezecate de coasta VI-a și prin metapozitia coastei.

a II-a, bontul său posterior fiind fixat de articulația costovertebrală a coastei a VI-a

3 Metoda lui *Owerholt* creează un acoperiș convex, format din coastele III și V rezecate și solidarizate împreună în formă de X ale cărui brațe superioare sînt fixate de coasta I, iar cele inferioare de coasta VI

4 Metoda lui *Cârdușan* este caracterizată prin completarea metodei lui *Hoist* cu apicopexie și o eventuală înfundare cavitară

Fața de o probabilă reexpansionare paramediastinală anterioară a plămînilui după aceste intervenții, ne-am propus să realizăm o intervenție care să asigure securitatea tocmai a acestui teritoriu. Am mai urmărit să fim cît mai economicoși în ceea ce privește rezecția costală și jertfa de parenchim și să menajăm pe cît posibil funcționalitatea plămînilui restant.

Din primăvara anului 1957 am început să practicăm metoda noastră cu grefon costal paramediastinal, care se realizează în modul următor:

1. Abordăm peretele toracic printr-o incizie parascapulară.

2. Rezecăm extraperiostal, fără dezarticulație porțiunea postero-laterală a coastei a III-a pe o lungime de cca. 15 cm.

3. Rezecăm paravertebral o porțiune de cca. 2 cm din coasta a II-a, depierosind restul coastei pînă aproape de stern.

4. Executăm o apicoliză largă.

5. Fixăm coasta a III-a, rezecată de coasta a II-a, în așa fel încît convexitatea primei, opusă convexității celei de a doua, să atingă mediastinul pe toată lungimea lui.

6. Coborim capătul posterior al coastei a II-a — solidarizată cu cea de a III-a — pînă în dreptul articulației costovertebrale a V-a sau a VI-a după necesitate, unde o fixăm prin suturi cu fire de perlon. Intregul complex format din coastele II și III solidarizate, ia în felul acesta o poziție mai mult sau mai puțin orizontală.

7. Refacerea planurilor.

În felul acesta asigurăm permanența colapsului în toate direcțiile și în special în teritoriul paramediastinal.

Am executat pînă în prezent 25 intervenții de acest tip. Ne vom ocupa de rezultatele obținute în aceste cazuri.

Nu am avut nici un accident operator remarcabil și nu am observat nici o complicație mai importantă în afară de cele banale și pasajere, care pot surveni în legătură cu orice act chirurgical.

Deformații toracice postoperatorii nu am întîlnit în nici un caz. Funcția respiratorie, după o perioadă de readaptare de cîteva luni, este aproape identică cu cea preoperatorie, iar coborîrea vîrfului pulmonar nu se mai modifică cu nimic față de cea realizată în timpul intervenției.

S-a obținut de fiecare dată închiderea leziunii cavitare pentru care s-a intervenit, negativarea sputei și toți bolnavii operați și-au reluat ocupația.

În cele ce urmează vom prezenta pe scurt documentația a două cazuri mai caracteristice, dintre bolnavii noștri:

Obs. 1. Bolnava Cs. P. în vîrstă de 57 de ani. Boala actuală care datează din toamna anului 1957, a debutat cu fenomene de activitate bacilară. Se constată un proces giganto-cavitar al lobului superior drept. Se practică o chimioterapie masivă parenchimală, endobronșică și perorală cu streptomycină, HIN, PAS, cicloserină și ACTH, timp de 18 luni, constatîndu-se ameliorări și recidive fără să se obțină închiderea procesului cavitărilor. În spută B. K. este constant pozitiv. Din cauza vîrstei bolnavei, socotim că o eventuală exereză e contraindicată și ne hotărîm pentru un colaps chirurgical. În martie 1959 se execută o toracoplastie osteoplastică cu grefon costal paramediastinal de tip Naftali-Barbu.

Urmări postoperatorii normale. Bolnava părăsește clinica avînd caverna închisă și în spută B. K. e negativ

Revine la control după 6 luni, avînd un colaps consolidat și definitiv în dreptul

coastei a VI-a. În spălătura bronșică și prin flotație B. K. e negativ. V.S.H. 5/10 mm. Procesul cavitat este închis. Clinic asimptomatică, bolnava și-a reluat ocupația. Probele funcționale arată valori cardiorespiratorii identice cu cele preoperatorii.

Cbs. 2. Bolnavul B. S. în vîrstă de 29 ani. Boala actuală datează din anul 1954, debutînd cu un proces cavitat ă drept tratat cu pneumotorax și soldat printr-o simfiză pleurală extinsă și mutilantă a plămîinului drept, cu scăderea remarcabilă a funcționalității lui.

De un an prezintă o excavație a viriului pulmonar stîng, care a rămas refractară la toate tratamentele antibacteriene chiar și pe cale endobronșică. În octombrie 1956 se refuncționalizează plămîinul drept printr-o pleurectomie decorticantă. În ianuarie 1959 se aplică la stînga o toracoplastie osteoplastică cu grefon costal paramediastinal.

Se obține refuncționalizarea parțială a plămîinului drept și cicatrizarea procesului cavitat stîng.

Examenul de control făcut după 10 luni arată aceeași situație bună: caverna cicatrizată, lichidul de spălătura bronșică B. K. negativ, V.S.H. 2/5 mm, iar din punct de vedere clinic asimptomatic. Capacitatea funcțională a plămîinului a crescut față de primul examen preoperator cu 20%.

În concluzie, putem să afirmăm că intervenția făcută de noi are toate avantajele metodelor osteoplastice, asigurînd în plus permanența comprimării obținute, putînd fi aplicată cu succes în toate cazurile indicate pentru colaps chirurgical. Caracterul ei economic face ca această metodă să fie executabilă chiar și la bolnavii ce prezintă în momentul intervenției un deficit pronunțat al suprafeței de hematoză.

Sosit la redacție: 2 decembrie 1959.

ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА ПУТЕМ ПАРАМЕДИАСТИНАЛЬНОГО ТРАНСПЛАНТАЦИИ РЕБРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Нафтали Золтан, Барбу Зену, Барбу Евгения

Известные остеопластические методы не дают гарантий против парамедиастинальной рэзекспансии легких.

Авторы выработали новый способ:

1. Участок резецированного ребра приблизительно 15—20 см. длиной перевертывали и фиксировали его в двух местах к парамедиастинально перерезанному II ребру так, что выпускающая часть смотрела переднесрединно, и чтобы по всей длине приказался к средостению.

2. Свободный задний конец второго ребра вместе с фиксированной к нему частью III ребра, укрепляют на высоте V—VI реберно-позвоночного сустава найлоновой нитью.

Авторы знакомят 2 характерными случаями из 25 успешно оперированных.

L'EFFICACITÉ DE LA THORACOPLASTIE OSTÉOPLASTIQUE PAR GREFFON COSTAL PARAMÉDIASTINAL DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE CAVERNEUSE

Z. Naftali, Z. Barbu, E. Barbu

Les procédés ostéoplastiques connus n'offrent pas une garantie suffisante contre la réexpansion paramédiastinale du poumon. Pour empêcher cette réexpansion, les auteurs ont élaboré un nouveau procédé.

1. Après avoir reséqué de la III-ème côte un fragment de 15—20 cm, on le renverse et on l'immobilise à deux points de la II-ème côte sectionnée par voie paramédiastinale, de sorte que sa convexité orientée en direction antéromédiale atteigne le médiastin sur toute sa longueur.

2. Le bout postérieur libre de la II-ème côte avec le greffon de la III-ème côte qui est raffermi à celui-là, on le fixe à l'aide d'un fil de nylon au niveau de la V-ème ou VI-ème articulation costo-vertébrale.

Les auteurs présentent 2 cas caractéristiques parmi les 25 opérés avec succès.

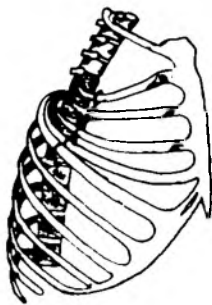


Fig. nr. 1.

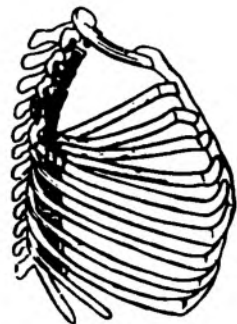


Fig. nr. 2.

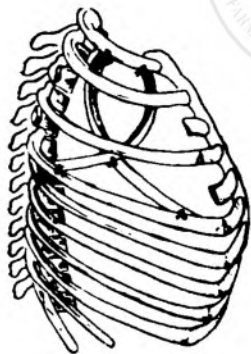


Fig. nr. 3.

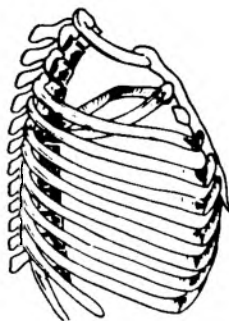


Fig. nr. 4.



Fig. nr. 5.



Fig. nr. 7.



Fig. nr. 6.



Fig. nr. 8.

