

PRINCIPIILE MODERNE ALE TRATAMENTULUI TUBERCULOZEI OSTEO-ARTICULARE ȘI POSIBILITĂȚILE LOR DE APLICARE ÎN SANATORIUL T.B.C. DIN BORȘA*

Cs. Nyirő, Ecaterina Nyirő, E. Perjéssy

Nu există încă o părere unanim acceptată despre tratamentul tuberculozei osteo-articulare. Vom face unele precizări privind poziția noastră

Tratamentul tuberculozei osteo-articulare este un procedeu complex.

În fond, problema se reduce la două întrebări cardinale: cînd să tratăm tuberculoza osteo-articulară și cum s-o tratăm? În legătură cu prima întrebare nu există divergențe, fiind unanim recunoscut că terapia trebuie instituită cît mai precoce posibil. În schimb, la a doua întrebare e mai greu de răspuns și credem că divergențele de păreri rezultă din interpretarea diferită ce se dă tratamentului local.

Dar să ne oprim mai întîi asupra tratamentului complex în ansamblul lui. Acest tratament vizează două obiective principale, inseparabile și de o importanță egală: în primul rînd tratamentul general al individului bolnav de tuberculoză și în al doilea rînd, dar concomitent, terapia locală a leziunilor manifeste. Tratamentul general are o importanță primordială. Toate măsurile terapeutice, fie conservatoare, fie chirurgicale, trebuie să se axeze și să se fundamenteze pe tratamentul general care nu poate fi înlocuit prin nici o metodă locală.

Tratamentul general cuprinde tratamentul medicamentos specific, nespecific, cura igienico-dietetică și acțiunea factorilor de climat.

În acțiunea antibio-chimioterapicelor este incontestabil că tuberculostaticile majore joacă un rol important și constituie baza tratamentului complex. Cunoaștem foarte bine atît acțiunea spectaculară a acestor medicamente, cît și limitele eficacității lor. Pentru a da rezultate, ele trebuie administrate timp îndelungat (circa 12—18 luni) și totdeauna în asociație. Numai astfel se poate obține o stabilizare a focarului și prevenirea exacerbarilor tardive. Noi administrăm zilnic un gram de streptomycină pe cale generală, pînă la un total de 200—250 grame, 8—12 mg HIN pe kg/corp și zilnic 10 g PAS; PAS-ul administrat peroral este în general rău tolerat. Perfuziile cu PAS se fac potrivit posibilităților dictate de împrejurări; noi le preferăm în principiu.

Nu dorim să abordăm mai aprofundat discuția rezultatelor obținute prin antibio-chimioterapice. Relevăm numai trei fapte importante și anume: 1. în procesele incipiente și mai ales în cele netratate, aceste preparate pot asigura stabilizarea bolii și păstrarea funcțiunii articulației afectate; 2. ele pot preveni complicațiile temute în trecut ca: meningita bacilară și granulia; 3. înlăturînd în bună măsură riscul diseminărilor, tuberculostaticile au contribuit hotărîtor la modificarea orientării tratamentului chirurgical asociat, cu alte cuvinte au deschis căi cu totul noi, făcînd posibilă dezvoltarea chirurgiei de exereză focală și în materie de tuberculoză osteo-articulară.

Tuberculostaticile din grupul cicloserinei, viomicinei sau trecatorului pot fi de folos numai în cazuri de rezistență bacilară față de antibioticele majore, sau dacă acestea au fost epuizate fără succes.

Amintim că și corticoterapia își găsește în tuberculoza osteo-articulară aplicații tot mai largi.

* Referat prezentat la Consfătuirea regională a ftiziologilor din Maramureș, Borșa 28—29 martie 1963.

În continuare trebuie subliniată și în prezent importanța tratamentului medicamentos nespecific. Astfel se cunoaște rolul vitaminelor, tonicelor și roboranțelor, administrate pe cale largă. Nu este neglijabil nici rolul singelui conservat, al plasmei și al hidrolizatorilor de proteine, mai ales în faza acută, la bolnavii cu abcese reci mari, deseori cu fistule multiple și la care este necesară substituirea proteinelor pierdute.

În formele grave întâlnim întotdeauna o anemie, un deficit de vitamine și de proteine și o lipsă relativă de albumine (*Gardemin*). Medicamentele specifice asigură posibilitatea de a corecta la nevoie eventualele deficiențe organice (gastro-intestinale, hepatice, etc.), lucru important în tratamentul tuberculozei ca boală generală.

Nu ne putem opri mai pe larg asupra rolului curei sanatoriale, igienodietetice și la acțiunea factorilor de climat. Menționăm doar că astăzi nu mai sintem legați de un climat anumit pentru tratamentul localizării bacilare osteo-articulare. Climatele excitante, ca litoralul și altitudinea, sint absolut indicate numai în cazurile rare cînd se constată o lipsă de reactivitate organică generală.

Un rol deosebit în tratamentul tuberculozei osteo-articulare revine tratamentului local.

În unele cazuri trombo-vasculitele obliterante perifocale, învelișul de țesut conjunctiv fibros sau osos, prin care organismul caută să delimiteze focarul infecțios, sint factori care împiedică totodată și pătrunderea tuberculostaticelor în focar. Dacă prin difuziune pătrunde totuși o parte, concentrația este subterapeutică. La nivelul abscesului rece, acțiunea streptomicinei este mult diminuată prin pH-ul acid, creat de apariția acizilor nucleici, rezultați în urma procesului de deintegrare tisulară. De multe ori numai evidarea sau chiuretarea focarelor și a abceselor poate asigura condiții optime pentru ca tuberculostaticul, chiar administrat local, să poată să acționeze favorabil la nivelul focarului. Abordarea directă este deci importantă și din aceste considerente.

Tratamentul local, fiind o parte integrantă a celui complex, va asigura o imobilizare ortopedică perfectă, mai ales în faza acută a maladei.

La nevoie corectarea atitudinilor vicioase date de contracturile antalgice se va face în narcoză, intervenție fără riscuri, dacă se procedează cu prudență și după o pregătire antibiotică corespunzătoare. Alteori corecția se va obține în etape sau cu ajutorul extensiei, niciodată însă prin „brisement forcé” exagerat.

Se va începe fără întârziere tratamentul local, administrîndu-se tuberculostatice intraarticular, intraabces, intraosos sau paravertebral, de la caz la caz. *Priboianu* afirmă pe drept cuvînt că tratamentul intrafocal este totodată și general, pe cînd cel administrat pe cale exclusiv generală nu este întotdeauna și focal.

Se vor evita imediat și abcesele reci, dacă există, prin puncții, și se vor introduce tuberculostatice.

Dacă conținutul abscesului este foarte gros, poate fi fluidificat cu streptokinază sau, mai nou, cu tripsină. Pe urmă abcesele pot fi extirpate pe cale chirurgicală. Atît această intervenție cit și suprimarea fistulelor poate fi considerată în multe cazuri o intervenție premergătoare operației principale.

Trebuie relevat meritul școlii romînești de a fi introdus, ca o conduită curentă de tratament, administrarea intrafocală a antibioticelor. (*Ianăș, Călin, Priboianu, Mihăilescu*).

Analizînd varietatea momentelor evolutive, cit și diversitatea localizărilor și a formelor de manifestare a procesului tuberculos, ajungem la concluzia că în mod obligatoriu fiecare caz necesită o conduită terapeutică individualizată în ce privește tratamentul local.

Tratamentul local, intrafocal, este logic și justificat prin foarte multe rezultate excelente.

Clasificarea rigidă a tratamentului local în conservator și operator nu ne pare fericită. Noi credem că pentru realizarea scopului final, stabilizarea sau, dacă

se poate, vindecarea definitivă a procesului tuberculos, va trebui să îmbinăm în mod optim procedeele chirurgicale cu cele conservatoare.

Și acum să analizăm problema destul de delicată a tratamentului operator.

Unii autori se limitează mai mult la tratamentul conservator cu aparat gipsat, făcând evacuarea abceselor reci prin puncții. Ei tind la „asanearea“ focarelor prin infiltrații sau instalații locale cu tuberculostatice. Pentru a se asigura rezultatul, se practică eventual metodele clasice ale chirurgiei de imobilizare, adică nitrodeze extraarticulare, rahisiteze posterioare etc., recurgându-se cel mult la eradicarea focarelor și abceselor paraarticulare.

Alți autori consideră însă că independent de considerentele topografice, după o pregătire corespunzătoare, focarul tuberculos trebuie abordat direct și eradicat cât mai complet, pe baza datelor furnizate de radiografii, tomografii, fistulografii, etc., dar mai ales conform cerințelor situației găsite intraoperator.

Riskó ajunge la concluzia că diagnosticul de tuberculoză osteo-articulară este echivalent cu stabilirea unei indicații operatorii.

Pentru a ilustra mai bine concepțiile contradictorii existente, amintim câteva date. Cercetări efectuate de *Schmorl*, *Schinz*, *Junghanns*, *Randerath* au demonstrat că pe lângă focarele tuberculoase, clinic manifeste sau principale, există de regulă un număr însemnat de focare, care rămân ascunse pentru clinician. Prin urmare eradicarea focarelor evidente nu înseamnă implicit eradicarea tuberculozei din organism. Astfel tendința de a desființa focarele manifeste, chiar cu un anumit risc operator, nu pare justificată, deoarece focarele rămase „găsite“ constituie surse permanente de exacerbare a bolii.

Pe de altă parte, *Duggeli* susține că dacă se asanează focarul principal, celelalte regresează și chiar se vindecă oarecum spontan, cu toate că nu s-a acționat direct asupra lor. Rolul primordial îl are deci focarul principal, denumit de *Kasert* „centrul de gravitate“ al bolii.

Pentru a răspunde la întrebarea dacă este justificată substituția „chirurgiei de imobilizare“ sau a tratamentului conservator exclusiv prin „chirurgia de exereză“, și pentru a arăta ce realizează aceasta din urmă, cităm un fragment din disertația de candidat a lui *Dinulescu*:

„Chirurgia focală nu este în opoziție cu conceptul de tuberculoză — boală generală. Extirpând focarul principal, organismul își modifică în bine întreaga sa reactivitate. Intervenția de abordare se situează ca un moment central al tratamentului complex, deci ca o componentă a acestuia, fiind obligatoriu încadrată în planul terapeutic pre- și postoperator“. Or, acest plan se adresează organismului în general.

Abordarea chirurgicală a focarului realizează:

„1. Evacuarea puroiului și cazeumului prin abcesotomie (trepanarea, deschiderea și debridarea septurilor), ablația țesuturilor necrozate (necrectomia după expresia lui *Kornev*). În felul acesta se asigură condiții favorabile unei cicatrizări rapide.

2. Ameliorarea condițiilor circulatorii, înlăturarea operatorie a „barierei histologice“, facilitându-se penetrabilitatea tuberculostaticelor postoperator în focar, — „declaustrarea focarului“, cum o numește *Galland*.

3. Posibilitatea de a remedia pierderea de substanță prin plombaj cu spongioasă sau grefă.

4. Prin drenajul postoperator și instilarea zilnică a tuberculostaticelor pe această cale, se realizează o dată mai mult sterilizarea focarului bacilar precum și profilaxia recrudescențelor postoperatorii sau a redeșteptărilor tardive“;

Ideea chirurgiei de exereză focală nu este un lucru nou. De asemenea și tentativele pentru abordarea directă a focarelor tuberculoase vertebrale sînt numeroase, începînd cu *Ménard* din secolul trecut și continuînd cu *Copener* (1933) și *Seddon*. Modernă și nouă este însă atît reconsiderarea ideilor vechi făcută în posesia antibio-chimioterapicelor, cît și elaborarea unor tehnici noi, fapt care asigură

rezultate mult superioare celor din trecut, scăzând în același timp la minimum riscul operator.

Trebuie să precizăm că în tuberculoza osteo-articulară nu mai poate fi vorba astăzi de un tratament exclusiv conservator care să excludă bisturiul, iar pe de altă parte nici cei mai zelosi intervenționiști nu se pot dispensa de principiile conservatoare, cum ar fi imobilizarea de exemplu. Problema se pune așa: ori adoptăm principiul abordării directe a focarului tuberculos în toate cazurile și toate localizările cind nu întîmpinăm contraindicații vădite, ori ne limităm mai mult la intervențiile clasice extraarticulare și extrafocale.

Pentru a aprecia cît mai just conduita terapeutică, este necesară încă o complectare. Numărul mare al diferitelor abordări directe, în special la coloană și la șold, a demonstrat un fapt pe cît de curios, pe atît de important, și anume că există o discrepanță destul de frecventă între leziunile radiologice și cele găsite intraoperator. Chiar în cazuri de boala Pott, unde radiologic se găsește un proces zis incipient (observîndu-se numai pensarea spațiului intervertebral sau leziuni osoase minime, lără urme de abcese rece), intraoperator se întîlesc uneori abcese reci, leziuni osoase destul de importante și chiar și sechestre.

Tratamentul postoperator va fi condus după principiile ortopedico-chirurgicale cunoscute. Subliniem faptul că de cînd nu mai există pericolul din trecut al redestepiărilor, un rol din ce în ce mai mare îl au exercițiile fizice. Nu se permite ca din considerente terapeutice inerente unor metode (cu imobilizări prelungite) să sacrificăm funcțiunea unei articulații sănătoase. Fără a compromite rezultatul final, se va institui cît mai repede posibil o gimnastică medicală controlată, sau se va alege, după caz, de la început procedeul operator optim, ca de exemplu: artrodeza compresivă (vezi mai tirziu).

În concluzie ne declarăm în principiu de acord cu cei care susțin ca abordarea directă duce în prezent cu cea mai mare siguranță la asanarea clinică a focarului manifest. Chiar dacă tuberculoza nu se vindecă complet în sensul a ceea ce se numește „terapia sterilisans magna“, totuși din punct de vedere curativ, se poate obține astfel stabilizarea, relativ cea mai sigură, a procesului patologic. Acest argument are o importanță covârșitoare, mai ales pentru boala lui Pott, greu accesibilă metodelor terapeutice conservatoare. Întrucît spondiliita tuberculoasă are o frecvență dominantă și este singura care prin complicația ei majoră — paraplegia — poate periclita și în prezent viața bolnavilor, credem că tendințele actuale de eradicare chirurgicală a focarelor vertebrale sînt pe deplin îndreptățite.

Paraplegiile pottice ar merita o discuție aparte pe care noi nu o putem întreprinde fiindcă ar depăși cadrul prezentului referat. Nu putem fi însă de acord cu temporizarea paraplegiilor pottice, chiar cunoscînd că o parte dintre ele regresează și cu un tratament exclusiv conservator bine condus. Regresarea simptomatologiei nu este echivalentă însă cu vindecarea spondilitei tuberculoase. Rezultatele tratamentului conservator sînt mai întotdeauna nesigure. Bolnavul este lăsat, să zicem așa, la bunul plac al componenților compresivi, deoarece nu se suprimă și nu se influențează în mod activ și direct factorii care duc la această complicație destul de redutabilă și la ora actuală. Dacă intervenim însă chirurgical, nu ne putem mulțumi decît rareori cu costotransversectomia simplă și evitarea abcesului rece paravertebral. Într-o măsură și mai mică ne satisface laminectomia, care în tuberculoza vertebrală pare să fie de cele mai multe ori doar o intervenție paliativă. În prezent se utilizează cu predilecție una din formele compresiiei antero-laterale preconizate de *Alexander* și *Dott* în 1946. Numai astfel există posibilitatea înlăturării directe a factorilor care duc la compresia medulo-radiculară.

Un subcapitol aparte reprezintă așa-numita artrodeza compresivă.

Principiul de bază al acestei metode îl constituie faptul, dovedit experimental, că asinostozarea a două suprafețe osoase spongioase se produce mult mai rapid, dacă ele sînt supuse unei acțiuni de compresiune permanentă (*Key*). Promotorul

procedului a fost *Charnley* care a publicat în 1948 primele 15 cazuri de artrodeză compresivă a genunchiului, iar în 1953 a consacrat o monografie acestei probleme. Cu ocazia intervenției se aplică un aparat special care asigură compresia permanentă a fragmentelor. Bolnavii pot fi sculați în picioare la 21 zile după operație, iar în intervalul de șase luni se instalează o sinostozare radiologică completă, rezultat care nu se poate obține prin nici o altă metodă. La acest procedeu se procedează bine în primul rând articulația genunchiului și tibio-tarsiana.

Fără îndoială că artrodeza compresivă constituie un aport serios prin scurțarea apreciabilă a timpului de vindecare și prin sinostoza rapidă pe care o asigură și este preferată de mulți autori atât la noi în țară (*Călin, Priboianu*), cât și în străinătate.

Observațiile făcute și modificările terapeutice aplicate de noi, arată că artrodeza compresivă a genunchiului și tibio-tarsienei cu aparate, nu este obligatorie în toate cazurile.

Cu totul altfel se prezintă lucrurile la articulația șoldului. Aici, orice alt tip de artrodeză cere o imobilizare postoperatorie cu gips pînă la 5—6 luni. În afară de considerentele subiective se pune problema consolidării precare a atrofiilor musculare și a redorilor articulare.

Priboianu a fost primul care a elaborat la noi un procedeu personal, aplicînd principiul compresiei și la nivelul articulației coxo-femorale. Bolnavii sînt sculați în picioare la 6—8 săptămîni, se produce o anchiloză solidă și nu se instalează redori.

Care este poziția noastră și de ce posibilități dispunem în Sanatoriul T.B.C. din Borșa?

Lucrînd la o instituție tînără, fără tradiții, desigur că nu ne putem angaja într-o discuție ce se desfășoară la nivelul celor mai buni specialiști. Atacarea focarului principal ne apare și nouă ca un act cit se poate de logic și rezultatele obținute par să fie mult superioare chirurgiei „conservatoare”. (În unele cazuri abordarea directă se impune chiar ca intervenție de urgență, de exemplu în unele paraplegii). Avantajul hotărîtor îl constituie scurțarea considerabilă a timpului de stabilizare. Totodată stabilizarea este mult mai sigură și în majoritatea cazurilor chiar definitivă.

Cu toate acestea nu putem accepta deocamdată ca principiu general părerea potrivit căreia diagnosticul de tuberculoză osteo-articulară ar fi echivalent cu indicația operatorie. Alegerea tratamentului de elecție trebuie raportată, după noi, la individul bolnav, fără a ne menține în mod rigid pe o anumită poziție, fiind obligați de a mobiliza toate cuceririle științei în vederea recuperării bolnavilor.

Procedeelor de abordare directă le lipsește încă proba timpului. La formele osteo-articulare abia după 20—25 de ani sîntem îndreptățiți să evaluăm rezultatele finale ale diferitelor metode. Chirurgia de exereză focală poate fi practică numai în instituții bine dotate (aparat de narcoză, Röntgen portativ, aspirator și respirator electric, electrocoagulator, condiții pentru păstrarea singelui conservat și a grefoanelor etc.).

Execuțarea artrodezelor compresive este tot în funcție de aparatură. Aici remarcăm pe baza experiențelor noastre că ținerea unui bolnav cu o rezecție de genunchi în aparat gipsat pelvi-pedios timp de trei luni, este cu totul inutilă. Chiar dacă nu executăm o artrodeză compresivă, noi socotim ca depășită această atitudine, cu toate că și în 1963 au apărut încă articole (*Treppinger*) conținînd astfel de recomandări. Nu putem fi de acord nici cu limita superioară de 50 de ani. (*M. Lange* și alții). Am avut o serie de bolnavi peste 60 de ani, la care cu metoda noastră s-a produs o sinostozare perfectă a genunchiului. (O bolnavă a avut 68 de ani cînd am operat-o).

Referitor la valoarea terapeutică a grefelor osoase, credem și noi că trebuie recunoscut rolul lor de stimulator biologic, fără însă a le atribui potențialul biolo-

* Această problemă face obiectul unei alte lucrări.

gic și calitățile enunțate de *Robertson Lavall*. Ele sînt foarte bune pentru umplerea unor goluri, rezultate după evidările de focar. În afară de aceasta sîntem convinși că grefoanele vor avea încă mult timp o importanță deosebită în producerea unei anchiloze osoase, chiar dacă intervenția de bază este o artrodeză intraarticulărară cu extirpare de focar.

Sanatoriul nostru a progresat mult. În vara anului 1959 am avut o secție de tuberculoză osoasă cu 30 paturi și fără sală de operație; acum însă avem o secție de 100 de paturi, cu posibilități chirurgicale demne de a fi luate în considerare.

Intervențiile pe care le executăm în secția noastră se împart în două grupe: operații efectuate pentru vindecarea tuberculozei și intervenții ortopedice cu scopul de a reface deficiențele anatomo-funcționale rămase după stingerea procesului evolutiv.

Pentru combaterea tuberculozei, recurgem la toate metodele care pot da un rezultat convingător, începînd cu intervențiile minore, dar importante ca extirparea fistulelor, abceselor, focarelor paraarticulare etc., și continuînd de la caz la caz, cu toată gama artrodezelor extra- și intraarticulare și a rezecțiilor articulare.

În primul rînd trebuie să arătăm utilitatea și importanța extirpării focarelor juxta- și paraarticulare. Această conduită a fost practică și în epoca preantibiotică (*Kornev, Erlacher* și alții) și obligativitatea ei este unanim recunoscută și în zilele noastre. Din focarele paraarticulare, mai mari sau mai mici, este atăcată mai întotdeauna articulația învecinată, instalîndu-se o osteoartrită cu toate consecințele ei grave. Multe hidroartroze, etichetate banale, și neinvestigate minuțios, pot constitui reacția de vecinătate a unui focar tuberculos paraarticular sau chiar primul semn al infecției bacilare. Suprimarea la timp a acestor focare permite în majoritatea cazurilor instituirea unei terapii abortivo-profilactice, fără însă a ne scuti de aplicarea tratamentului complex.

Am obținut rezultate bune și prin sinovectomii.

Nu de mult beneficiem de condițiile tehnice pentru abordarea directă a coloanei și a șoldului așa că numai în ultimul timp putem pune în practică cucelele chirurgicale de exereză focală.

Acordăm o atenție deosebită intervențiilor ortopedice de corecție care pot să facă din invalizi incapabili de muncă membri valizi ai societății. În legătură cu aceasta trebuie amintită problema artroplastiiilor după procesele bacilare care s-au soldat cu anchiloză. Pe vremuri, din cauza riscului redeșteptărilor și a unor încercări infructuoase, tuberculoza constituia o contraindicație aproape categorică. Astăzi, executarea artroplastiiilor este posibilă în principiu și după tuberculoză. În afară de anchiloză bilaterală a șoldului, diformitate foarte gravă, care constituie o indicație majoră, valoarea artroplastiei este, după noi, direct proporțională cu beneficiul funcțional pe care îl poate avea bolnavul după executarea ei. Artroplastia nu-și găsește indicația la nici o categorie de indivizi care execută munci grele.

În încheiere putem afirma că în Sanatoriul T.B.C. din Borșa avem toate posibilitățile de a pune în practică chiar și ultimele realizări chirurgicale în materie de tuberculoză osteo-articulară.

Sosit la redacție: 26 octombrie 1963.

Bibliografia la autori.