

OBSERVAȚIUNI PRIVIND REZULTATELE TARDIVE ALE TRATAMENTULUI MEDICO-CHIRURGICAL AL EMPIEMELOR PLEURALE LA COPII*

Z. Csizér, L. Fazakas, B. Hornyák, Fr. Nagy

Între anii 1957—1963 au fost internați în Clinicile de chirurgie generală, de pediatrie și de chirurgie infantilă din Tg.-Mureș 137 copii de diferite vârste, de la 3 luni până la 13 ani, care au suferit de afecțiuni supurative pleuro-pulmonare de diferite etiologii: empieme para- și metapneumonice cu pneumococi, empieme postgripale cu floră mixtă, piotorace după perforarea esofagului prin intoxicație cu sodă caustică, empiem după pneumotorace spontan idiopatic etc. Marea majoritate a proceselor supurative însă au fost de origine stafilococică și au survenit în cadrul unor septicemii generale cu determinări stafilococice pleuro-pulmonare.

După cum am mai relatat într-o lucrare anterioară (1), 42 dintre acești copii au fost tratați medical (antibioterapie locală și generală, puncții, spălături asociate uneori cu corticoterapie și în cazuri grave chiar hibernație). Alți 95 copii au fost tratați în strînsă colaborare medico-chirurgicală, completînd tratamentul de bază prin pleurotomie, drenaj aspirativ continuu în sistem închis. În 3 cazuri s-a recurs ulterior, în faza de cronicizare, la decor-

* Comunicare prezentată la ședința de comunicări a Secției de chirurgie a U.S.S.M., subfiliala Tg.-Mureș, din 25 februarie 1965.

ticare și în 2 cazuri la toracoplastie de necesitate. Rezultatele imediate au fost următoarele:

— <i>excelente</i> (restituție integrală)	111 cazuri
— <i>bune</i> (vindecare cu pahipleurită minimă)	3 „
— <i>mediocre</i> (sindrom de retracție și deformare)	3 „
— <i>decedați</i>	20 „
Total:	137 cazuri

Intrucât în literatura de specialitate nu am găsit date referitoare la controlul tardiv al sechelelor după empieme la copii, la distanță de mai mulți ani după terminarea tratamentului, și dat fiind că se ridică o serie de probleme în legătură cu soarta viitoare a acestor copii, am hotărât să supunem unui control pe cât mai mulți din foștii noștri pacienți tineri și să-i reexaminăm clinic, radiologic, somatometric și funcțional.

Ne-au interesat în mod special următoarele probleme:

— ce sechele morfologice și funcționale rămân după vindecarea clinică a empiemelor pleurale la copii?

— care este evoluția ulterioară a acestor sechele: rămân definitive, dispar cu timpul sau se agravează?

— care procedeu terapeutic lasă mai multe sechele: cel medical prin puncții și spălături ori cel chirurgical prin pleurotomie și drenaj aspirativ?

— cum se adaptează funcțiile cardio-respiratorice ale copilului în caz de sechele pleurale și în ce grad se poate compensa spontan procesul restrictiv al mecanicii ventilatoare?

Dintre cei 117 copii care au supraviețuit după empieme pleurale și pe care îi avem în evidența noastră, am reușit să revedem personal numai un număr de 48 de copii pe care i-am supus unui control. Despre restul copiilor nu posedăm decât informații de la părinții (fapte pe care nu le-am luat în considerare) ori nu știm nimic despre ei, fiind pierduți din vedere.

Cei controlați au avut o vechime de la 1 pînă la 6 ani de la vindecarea clinică a empiemului (7 din 1957, 2 din 1958, 8 din 1959, 10 din 1960, 7 din 1961, 10 din 1962 și 4 din 1963).

Rezultate

La controlul clinic: 45 copii din cei 48 controlați au o stare generală bună, nu mai prezintă nici o suferință toracică, nu obosesc la efort, au o dezvoltare fizică și intelectuală corespunzătoare vârstei. La acești copii nu a apărut după vindecarea empiemului pleural nici o boală care s-ar putea pune pe seama unei fragilități sau susceptibilități mărite. Unul din cei 48 copii prezintă o deformare puternică a toracelui. Este vorba de acel copil cu un calus pleural puternic care, după un îndelungat tratament conservativ ineficace, nu a mai reacționat la pleurotomie și aspirație continuă și la care am fost nevoiți să recurgem la o toracoplastie de necesitate. Un alt copil la care am procedat la decorticare, fiindcă nu răspundea la aspirație, prezintă o minimă retracție a hemotoracelui drept; dar subiectiv se simte bine. Al treilea copil dintre cei defecțuari prezintă toate semnele clinice ale unei bronșiectazii ce a apărut după vindecarea empiemului pleural. Acești trei copii semnaleză toți oboseală la efort.

La controlul somatometric: la 30 de copii dintre cei controlați am măsurat perimetrul toracic total și separat pentru fiecare hemitorace în inspirație și expirație, căutînd să decelăm diferența de dezvoltare și de mobilitate între partea afectată și cea neafectată, precum și față de standardul corespunzător vârstei și sexului. S-au stabilit următoarele:

- torace simetric corespunzător vârstei cu diferență între inspirație și expirație de ambele părți peste 2 cm 20 copii
- torace simetric dar cu amplitudinile mișcărilor respiratorii reduse de partea afectată pînă la 1 cm 6 copii

— torace asimetric cu ușoară retracție de partea afectată, decelabilă numai prin măsurare exactă, atât în inspirație cât și în expirație	2 copii
— torace deformat, cu retracție evidentă la prima vedere a hemitoracelui afectat	2 copii
	Total: 30 copii

La controlul radiologic (radioscopic și radiografic) am găsit la un număr de 44 copii controlați următoarele date:

— aspect radiologic normal cu lipsa oricărei sechele pleuro-pulmonare și mobilitate diafragmatică perfectă	37 copii
— calus parietal minim, cu diafragm liber	5 copii
— calus parietal puternic, deformație toracică și reducerea mobilității diafragmei	2 copii

Menționăm că în nici un caz nu am observat completa imobilizare a diafragmei.

Un singur copil, cel cu bronșiectazie, prezintă și radiologic sechelele pulmonare ale vechiului său empiem pleural.

Controlul spirografic al funcției cardio-respiratorii nu s-a efectuat decât la un număr de 4 copii, dintre cei peste vârsta de 6 ani, copii capabili de colaborarea necesară pentru această metodă de explorare. Numărul examinărilor fiind prea mic, iar datele obținute nefiind concludente, ele nu se pot aprecia. Menționăm doar rezultatele surprinzător de bune ale probelor spirografice obținute la copilul cu torace puternic deformat prin toracoplastia efectuată anterior. Aceasta denotă marea capacitate de compensare funcțională a copilului.

Discuții

Numărul examinărilor de control, la un termen de peste un an de la vindecarea clinică a empiemului pleural, este încă prea mic pentru a ne permite să tragem concluzii definitive. Totuși, chiar cele 48 cazuri revăzute și studiate, fără nici o selecțiune prealabilă din grupul celor 117 copii care au părăsit serviciile noastre în stare de ameliorare sau vindecare clinică, ne sugerează presupunerea că empiemele pleurale la copii, înglobând și cazurile cele mai disperate de septicemii stafilococice cu pio-pneumotorace și fistule bronșice, pot fi vindecate astăzi într-un procent ridicat printr-un tratament medicochirurgical complex și activ fără sechele tardive.

Soarta viitoare a acestor copii se decide în faza acută și este în strinsă dependență de felul tratamentului aplicat. Dacă tratamentul a fost aplicat din timp, energetic și activ în combaterea insuficienței cardiorespiratorii și a infecției pleuro-pulmonare și dacă prin aspirație continuă s-a realizat în scurt timp reexpansiunea plămânului afectat, sechelele tardive lipsesc sau sînt atît de minime, încît nu afectează cîtusi de puțin funcția respiratorie. La copii corect tratați, nu se observă la examenul radiologic nici măcar reducerea mobilității diafragmei sau fixitatea unghiului costo-diafragmatic (față de rezultatele tratamentului la adult, unde sechelele diafragmatice sînt aproape o regulă).

În cele puține cazuri unde am găsit totuși sechele decelabile (de cele mai multe ori numai radiologic, sub formă de ușoare îngosări pleurale sau vizibile cu ochiul liber sub formă de deformare toracică, sindrom de retracție, etc.), revizuirea istoricului bolii și a documentației clinice a demonstrat că era vorba tocmai de acele cazuri, unde tratamentul s-a început tardiv, ori după un tratament conservativ prin puncții și spălături ineficace inutil prelungite. În aceste situații intervenția chirurgicală aplicată (pleurotomia și drenajul aspirativ continuu sau decorticarea ori pleurectomia parțială) nu au mai putut realiza din cauza modificărilor structurale consolidate o restituție integrală anatomică și funcțională.

Față de teama nejustificată a unor medici de a introduce unul sau mai multe tuburi de dren aspirativ în cavitatea pleurală a copiilor, menționăm că nu am observat nici un caz unde acest procedeu în sine ar fi cauzat sechele pleurale tardive sub formă de calus sau sindrom de retracție. Calusul e rezultatul retenției de cheaguri de sânge, de secreții purulente, a menținerii unei cavități restante pleurale, fără aspirație activă. Desigur, numai un drenaj aspirativ corect executat, controlat și întreținut, va fi lipsit de complicații și va duce la rezultatul dorit. Numai un astfel de drenaj aspirativ va elimina necesitatea unei decorticări ulterioare, operație care prezintă încă destule riscuri la copii mici, și va elimina necesitatea unei toracoplastii care salvează viața cu un sacrificiu morfofuncțional exagerat.

Rezultatele examenelor noastre de control ne îndreptățesc să afirmăm că drenajul aspirativ pleural, aplicat corect și în timp util, asociat cu toate celelalte mijloace terapeutice antiinfecțioase și antiinflamatoare, constituie o armă puternică în vindecarea proceselor supurative pleuro-pulmonare la copii și un mijloc eficace de prevenire a sechelelor tardive morfofuncționale.

Sosit la redacție: 2 octombrie 1965.

Bibliografie

1. Z. CSIZÉR, E. SZERÉMY: Spitalul (1963), 76, 4. 319: