

DOUĂ CAZURI DE DISKINEZIE TRAHEO-BRONȘICĂ OBSTRUANTĂ APARENT PRIMITIVĂ

Gh. Charap, Marta Bors, A. Both

Începînd din anul 1949, cînd *Lemoine* a descris sindromul diskineziei traheo-bronșice hipotone (disk. tr.-br.), apar în literatura de specialitate multe publicații, privind atît tabloul clinic și fiziopatologic, cît și substratul lezional al acestei îmbolnăviri.

Tabloul clinic e caracterizat printr-o tuse dispneizantă care este de obicei precedată de o suferință îndelungată a căilor respiratorii, realizînd în fiecare expirație prin prolabarea în lumen a părții membranoase, o obturare a lumenului traheal, uneori însoțită și de îndoirea părții cartilajinoase. Drept cauză a acestui fenomen se acceptă ipoteza că efortul expirator cu caracter compresiv, pe care îl depune un individ cu bronșiolită obstructivă, e atît de mare și de puțin eficace, încît reușește mai degrabă să comprime lumenul traheal.

Unii autori presupun și existența unui factor constituțional, ereditar: distrofia părții membranoase. Această poate fi și secundară, ca o consecință a proceselor inflamatorii cronice de la nivelul căilor respiratorii superioare. Un fenomen similar se poate constata și în accesele de astm, cu diferența că în aceste cazuri strangularea obturantă a căilor respiratorii cedează o dată cu criza, respectiv obstrucția poate fi influențată farmacologic.

Măsurătorilor de elastanță și compleanță, determinate prin sondaj esofagian, li se acordă o importanță de prim rang. Studiul motilității traheo-bronșice, observată în inspirație și expirație prin bronhoscop și bronhocinematografie, aspectul curbelor spirografice, precum și volumele inspiratorii și expiratorii maxime pe secundă completează diagnosticul.

Majoritatea autorilor contraindică bronhografia în această situație.

Trebuie să menționăm că un oarecare grad de îngustare expiratorie și dilatare inspiratorie se consideră ca ceva fiziologic, ca un fenomen la care contribuie în egală măsură factorii musculari activi ai căilor respiratorii, cît și răsunetul traheo-bronșic al mișcărilor toracice. Aceste modificări normale de calibru sînt mai accentuate în copilărie și în senescență, precum și în actul tusei, fără a realiza o obstrucție totală, așa cum se observă în stări patologice.

În cele ce urmează, vom prezenta două observații personale interesante prin aspectul în aparență primitiv al procesului, neprecedat și neînsoțit de fenomene obstructive la nivelul căilor respiratorii terminale, cît și prin faptul că o anumită tehnică bronhografică poate fi foarte utilă în diagnosticul acestor afecțiuni.



Fig. nr. 1.: Traheo-bronhografia bolnavului G. M.: În repaus respirator.



Fig. nr. 2.: Traheo-bronhografia bolnavului G. M.: În expirație forțată cu glota închisă (proba „Valsalva”). Se remarcă diminuarea marcată a lumenului traheal și devierea axei.



Fig. nr. 3.: Traheo-bronhografia bolnavului G. M. În inspirație forțată cu glota închisă (proba lui „Müller”). Se vede dilatarea minimă a lumenului traheal.



Fig. nr. 4.: Traheo-bronhografia bolnavului G. M. Clișeul executat în timpul expirației forțate. Se remarcă prolabarea foarte pronunțată a părții membranoase, pe o porțiune obturind și lumenul traheal.



Fig. nr. 5.



Fig. nr. 6.



Fig. nr. 7.

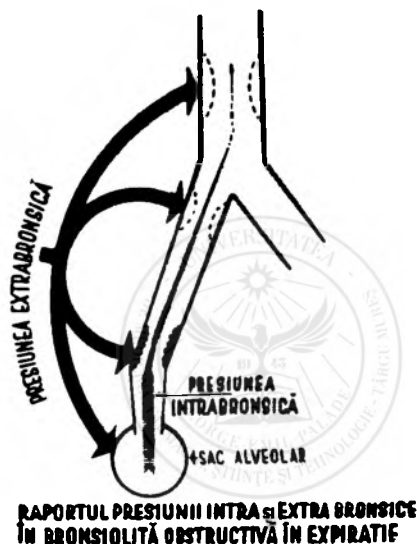


Fig. nr. 8.

Fig. nr. 5-8.: Traheo-bronhografie executată la o persoană sănătoasă. Se observă că lumenul traheal rămâne aproape neschimbat în repaus respirator, în proba „Valsalva” și „Müller”, precum și în cursul expirației forțate.

I. G. M., zidar de 35 ani, se internează la 2. IX. 1965, cu acuze de tuse chinuitoare cu caracter bitonal, expectorație minimă sero-mucoasă, dispnee la efort minim și dureri retrosternale. În antecedente amintește, începînd din anul 1964, stări gripale repetate. Examenul obiectiv arată o dezvoltare eutrofică de 171 cm înălțime, cu 81 kg. Aparatul respirator nu prezintă semne patologice la percuție și auscultație; radioscopic imaginea toracică este normală. Aparatul cardio-vascular, digestiv, uro-genital, precum și sistemul neuro-endocrin sînt normale. Rezultatele examenelor de laborator arată valori în limite normale. Probele funcționale ventilatorii sînt următoarele: CV 3200 ml, 70%, VEMS 1850 ml, VEMS/CV 53%, VIMS 2950 ml, VIMS/CV 92%, Vmax 59.000 ml, 50%. Aceste valori nu au putut fi influențate cu aleudrină. În concluzie este vorba de o disfuncție respiratorie mixtă, predominant obstructivă, exclusiv expiratorică.

Pe baza acestor date am presupus existența unei diskinezii tr.-br. aparent primitive.



Examenul bronhoscopic confirmă existența unei mobilități exagerate din partea părții membranoase a traheii și a bronșilor primitive, care ajunge să obtureze lumenul la fiecare expirație, în rest trahea este în formă de semilună, iar carina în formă de „S”. Bronșiile lobare și segmentare explorabile au aspect normal.

Cu toate că traheo-bronhografia se consideră contraindicată în această afecțiune, noi am elaborat o tehnică de contrastografie cu pastă baritată de o viscozitate ridicată, injectînd-o prin sondă Metrass în ortostatism, pe peretele posterior al traheii imediat sub laringe. În cazul cînd cantitatea nu depășește 5 ml, atunci substanța nu intră în bronșiile segmentare, ci acopera cu un strat fin căile respiratorii superioare, asigurînd o bună vizibilitate a pereților, pe un timp suficient de lung pentru a se putea executa radiografiile din față și profil, în inspirație și expirație maximă („Valsalva și Müller”). Rezultatul a fost o perfectă vizualizare a prolapusului obstructant din partea părții membranoase (vezi fig. nr. 1—8).

2. B. I., de 25 ani, muncitoare la o filatură de in, se prezintă la serviciul nostru la data de 13. V. 1965, acuzînd o tuse seacă, rebelă cu caracter bitonal și dispnee la efort minim. Aceste simptome au apărut cu un an în urmă și s-au agravat progresiv, cauzînd pierderea capacității de muncă. În antecedente nu figurează nici o afecțiune a aparatului respirator. Examenul obiectiv pune în evidență o

bolnavă bine dezvoltată, de 163 cm înălțime și de 75 kg greutate. Aparatul respirator, cardio-vascular, digestiv, urogenital, precum și sistemul neuro-endocrin nu prezintă modificări patologice. Rezultatele examenelor de laborator arată valori între limite normale. Probe funcționale ventilatorii: CV 3700 ml 78%, VEMS 2700 ml, VEMS/CV 77%. VIMS 3.000 ml, VIMS/CV 86%, Vmax 87.000 ml, 77%. Și aici se observă o diferență mare între VEMS și VIMS. Bronhoscopic se constată că perețele traheal latero-posterior drept, subglotic, prezintă o prolabare flască, diminuând calibrul în fiecare expirație la o treime. Carina și arborele bronșic explorabil sînt normali.

Am executat și în acest caz o traheo-bronhografie, după tehnica descrisă mai sus, reușind să punem în evidență o diminuare accentuată a calibrului traheal, prin prolapsul unei părți din sectorul membranos al traheii, situat în treimea superioară a ei

Prin examinări corespunzătoare s-a exclus posibilitatea unei diverticulări esofagiene sau a unei compresii mediastinale din partea organelor vecine.

În ambele cazuri a trebuit să admitem existența unei disk. tr.-br. în aparență primitivă, din care una cu caracter difuz, iar cealaltă localizată.

Patogeneza disk. tr.-br. aparent primitive este o problemă insuficient elucidată. Existența unui factor congenital sau constituțional rezultă destul de logic, fără a se putea demonstra însă în mod cert. Totuși hipotrofia părții musculo-membranoase și debilitatea stromei de susținere trebuie să joace un rol în acele cazuri, cînd lipsa unor factori îngreunători ai expirației duc la colapsul traheal și bronșic față de o compresie expiratorie nu prea ridicată. Acest lucru este evident, mai ales în formele de prolaps limitat la un singur sector traheal.

O altă posibilitate patogenetică ar fi cea oferită de traheitele virotice. În aceste cazuri tusea dispneizantă (de origine virotică, inflamatoare) de la începutul maladiei trece pe nesimțite în tuse dispneizantă prin prolaps membranos. Factorul malaciazant ar fi în acest caz înmuierea hialuronidazică a peretelui traheal și mai ales a celui membranos, datorită inflamației locale cauzată de virus. E posibil ca în unele cazuri cei doi factori să coexiste.

Pentru natura aparent primitivă a procesului pledează și faptul că este vorba de persoane tinere, pe cînd formele secundare apar cu preponderență după vârsta de 50 ani.

Spre deosebire de formele secundare cauzate de îngreunarea bronhoalveolară a respirației, în care tratamentul bacteriostatic, antiinflamator, bronhodeterjant și bronhodilatator aduce o ameliorare simțitoare prin ruperea cercului vicios dintre bronșiolită și prolaps care se agravează reciproc, acesta este prea puțin eficient în formele primitive și aparent primitive. Singura soluție posibilă în astfel de cazuri este traheo-plastia cu grefon osos care a fost recomandată și bolnavilor noștri.



Cazuistica noastră ne permite să tragem concluzia că alături de disk. tr.-br. cu prolaps expirator, condiționat de bronșiolita obstructivă, există și forme primitive, respectiv aparent primitive, în care factorul congenital, respectiv constituțional, pare a juca un rol deosebit.

Aceste forme trebuie suspectate ori de cîte ori apare o tuse cu caracter bi-tonal, dispneizantă și renitentă, în absența unui sindrom astmatic, bronșiolitic sau emfizematos, pe lingă un plămîn și căi respiratorii superioare în aparență normale.

Bănuiala este întărită de prezența unui VIMS normal pe lingă un VEMS foarte diminuat și ea se confirmă prin examenul bronhoscopic și bronhografic. Ultimul poate fi aplicat numai în condițiile descrise mai sus.

Cazuistica noastră nu a putut elucidă rolul unei eventuale traheite virotice în etiologia acestor forme, ea poate fi exclusă însă în cazul cu localizare strict limitată.

Disk. tr.-br. aparent primitivă nu se poate trata conservativ.

Sosit la redacție: 9 aprilie 1966.