

EVALUAREA REZULTATELOR TARDIVE ALE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN STAFILOCOCIILE PLEUROPULMONARE LA SUGARI ȘI COPIII MICI

V. Gliga, Gy. Kézdi, Aurelia Opriș, Gh. Pál

Stafilocociile pleuropulmonare (S.P.P.) constituie o grupă de afecțiuni de o importanță deosebită, atât în ce privește gravitatea în perioada de stare și a complicațiilor, cât și a potențialului evolutiv ulterior, putînd să apară tulburări biologice și respiratorii severe, cu recuperare dificilă sau incompletă, cu tot tratamentul corect instituit și condus.

Dacă în faza acută a bolii, sindromul infecțios-toxic se află pe primul plan, amenințînd permanent viața bolnavilor, în fazele evaluate, complicațiile mecanice respiratorii vizînd epansamentele purulente sau gazoase și complicațiile septice metastazice pot influența vindecarea, dar și recuperarea, necesitînd uneori intervenții laborioase, uneori repetate cu risc operator crescut, acesta avînd un caracter de intervenții majore, avînd în vedere terenul tarat și pluricarențat pe care se intervine.

În Clinica de Chirurgie și Ortopedie Infantilă Tg.-Mureș, au fost internați și tratați, în perioada 1978—1982 un număr de 82 sugari și copii mici pentru stafilococii pleuropulmonare în stare de abcedare sau inchi-

tare, cu complicații mecanice respiratorii. Acești copii au primit un tratament complex medico-chirurgical.

Dintre acești copii, un număr de 5 (6,09%) au decedat în primele 1—5 zile după internare, urmare șocului toxico-septic datorat severității infecției extinse, bilateral, manevrele de tratament intensiv antimicrobian, anti-toxic, cu antibiotice cu spectru larg, gama globuline i.v., singe, plasmă, vitamine, asociate cu intervenții paliative în extremis, dovedindu-se ineficiente.

Este de menționat faptul că toate decesele au fost înregistrate în primele 5 zile de la intrarea în serviciu, aflându-se sub vârsta de 2 ani.

Cazurile de S.P.P. internate și tratate în clinica noastră se repartizează astfel:

- 1978 21 cazuri; puncție-aspirație-lavaje 3 cazuri; pleurotomii de drenaj 15 cazuri; pleurotomii repetate sau multiple 5 cazuri; operații majore decorticare cu sutura fistulelor 10 cazuri.
- 1979 13 cazuri; puncții pleurale: 2 cazuri; pleurotomii minime de drenaj: 10 cazuri; pleurotomii repetate: 2 cazuri; decorticări cu sutura fistulelor: 4 cazuri.
- 1980 16 cazuri; puncții pleurale 3 cazuri; pleurotomii minime de drenaj: 8 cazuri; repetarea pleurotomiilor sau încă o pleurotomie: 3 cazuri; decorticare cu sau fără rezecție de țesut pulmonar, 5 cazuri.
- 1981 16 cazuri; puncție evacuatorie-lavaj 3 cazuri; pleurotomii minime: 10 cazuri; repetarea sau adăugare de pleurotomie 7 cazuri; decorticare cu sutura fistulelor bronșice: 5 cazuri.
- 1982 16 cazuri; puncție-aspirație+lavaj cu antibiotice 6 cazuri; pleurotomie minimă: 8 cazuri; reluarea pleurotomiei: 5 cazuri; decorticare, cu sau fără rezecție de parenchim pulmonar: 6 cazuri.

Centralizând manevrele de tratament medico-chirurgical practicate asupra celor 82 copii, obținem un număr de 17 puncții-aspirație cu recolare de puroi pentru examen bacteriologic, cu instilare de antibiotice, care au fost repetate la nevoie, sau dacă la controlul radiologic, asociat cu obținere de conținut hidroaeric (eventual sub presiune) s-a considerat necesar, s-au transformat în pleurotomie minimă de drenaj. Această intervenție, în majoritatea cazurilor salutară și suficientă, s-a practicat în anestezie locală, fiind ușor de efectuat și tolerată perfect de bolnavi. De asemenea, s-au practicat 51 pleurotomii minime de drenaj și un număr de 22 pleurotomii duble sau iterative, în funcție de dinamica evoluției bolii. La un număr de 30 sugari și copii mici, au fost practicate intervenții de amploare, de decorticare cu sutura fistulelor bronșice. Dintre aceste 30 cazuri la 7 din ele, s-au asociat și rezecții atipice de țesut nobil pulmonar, compromis în cadrul procesului supurativ.

Evoluția bolnavilor a fost trenantă, de durată, impunând antibioterapie cu spectru larg monitorizată continuu bacteriologic asociind două sau chiar trei antibiotice, combinată cu un tratament antisoc, roborant, cu singe, plasmă, vitamine, gama globuline i.v. soluții de aminoacizi.

În unele cazuri, s-au instituit pleurotomii de aspirație repetate, conform evoluției clinice și aspectului radiologic, chiar iterative.

Operațiile mari, decorticarea pleurală asociată cu sutura fistulelor bronșice sau cu rezecții, cit mai economice de parenchim pulmonar

compromis, au fost indicate cu discernămint, alegându-se momentul operator după o minuțioasă observație, în care s-a evaluat tendința de evoluție spre expansiune pulmonară, de reducere a cavităților patologice, grosimea calusului pleural, starea generală a copilului.

În urma tuturor acestor măsuri, pe cazuistica studiată, mortalitatea intra- și postoperatorie a fost nulă. Durata medie de spitalizare, a fost de 29 zile cu limite de 1, respectiv 165 zile.

Controlul, efectuat la clinică, a constat dintr-un examen clinic general, vizînd starea generală, talia corporală, somatometrie vizînd în special dezvoltarea și recuperarea toracică: diametrele toracice circumferința toracică, aspectul plăgilor operatorii, greutatea corporală, radiografiile toracice, tomografiile toracice cînd a fost cazul.

De asemenea, s-au efectuat probe funcționale respiratorii (spirometrie-spirograme), s-au măsurat diametrele transversale și A—P ale toracelui pe radiografie, grosimea calusului pleural.

Au fost efectuate următoarele examinări de laborator: hemograma, sindermia, frotiu periferic, formula leucocitară, VSH, imunelectroforeză, proteinograma.

A fost întocmită în fiecare caz fișa de control postoperator (vezi anexa).

La chemarea de a se prezenta la control, în cursul anului 1988, au răspuns un număr de 51 cazuri, fiind aduși de părinți la clinică după cum urmează:

11 copii, operați în 1982, respectiv la 6 ani

12 copii, operați în 1981, la 7 ani după tratament

10 copii, operați în 1980, la 8 ani de la îmbolnăvire

8 copii, tratați în 1979, la 9 ani și 14 copii, tratați în 1978, la 10 ani după tratament.

Situația acestor copii se prezintă după cum urmează: Grupa nr. 1. Copii operați în 1982 (6 ani după tratament).

Din cei 11 copii controlați, 6 au suferit următoarele intervenții: 5 toracotomie, decorticare cu sutura fistulelor bronșice și 1 caz toracotomie, decorticare și rezecție pulmonară segmentară atipică, 5 cazuri au fost tratate numai cu pleurotomie de drenaj, 4 din ele suferind pleurotomii repetate sau interative.

Rezultatele au fost următoarele: 8 copii în stare perfectă, practic fără sechele. 2 copii prezintă asimetrie toracică datorită unei retracții moderate a peretelui hemitoracelui respectiv între 2—3 cm pe diametrul transversal, iar 1 caz fără asimetrie aparentă la examenul clinic, aparentă numai la măsurarea diametrelor celor două hemitorace (circa 1 cm). Valori spi-rografice corespunzătoare virstei.

Grupa nr. 2. Cuprinde 12 copii operați în 1981 (la 7 ani), cei 12 copii au fost tratați astfel: 3 toracotomii cu decorticare și sutura fistulelor bronșice; 7 copii cu pleurotomie minimă, din care în 5 cazuri pleurotomii repetîndu-se, în funcție de evoluție; 2 cazuri rezolvate cu puncție-aspirație-lavaj cu soluții antibiotice.

Rezultatele au fost bune (fără sechele) la 7 cazuri; 2 cazuri (cu decorticare în antecedente) prezentau asimetrie toracică prin retracție a hemitoracelui peste 2—3 cm în diametrul transversal și A—P. În aceste cazuri a fost pus în evidență și un calus pleural difuz, important, de

peste 10 mm grosime pariental (radiologic) cu limitarea excursiilor hemitoracelui și a mișcărilor liniei diafragmului. În aceste cazuri, în evoluția postoperatorie, s-au semnalat fistule ale peretelui toracic cu supurație prelungită, datorită unor granuloame de fire, pentru care au suferit repetate intervenții mici de extirpare a firelor și granuloamelor.

1 caz a fost găsit în stare foarte bună clinic. parametrii toracici în limite fiziologice, dar cu o opacifiere moderată radiologic (pahipleurită restantă).

Spirometria efectuată nu a decelat tulburări funcționale nici chiar la copiii cu asimetrie toracică marcată probabil, datorită compensării adecvate a plămîntului controlateral.

Grupa nr. 3: 10 copii operați în 1980 (interval: 8 ani)

Intervențiile suferite de acești copii sînt următoarele: 5 pleurotomii minime (reluete în două cazuri); 5 copii au suferit toracotomie cu decorticare și sutura fistulelor bronșice.

Dintre acești copii 7, au fost în stare generală perfectă fără sechele. Doi din bolnavii cu decorticare și sutura fistulelor bronșice au prezentat retracții ale peretelui costal de peste 3 cm cu asimetrie toracică vizibilă clinic, dar cu o compensare bună și probe spirometrice fiziologice.

Un singur copil a prezentat o retracție minimă nedecelată la examenul clinic și la măsurătorile toracice, dar pusă în evidență prin măsurile radiografiei toracice, găsindu-se o diferență de 0,8 cm (considerată de noi ca acceptabilă). Probe spirometrice normale.

Grupa nr. 4: 8 copii operați în 1979 (interval de 9 ani):

4 cazuri după pleurotomie minimă și 4 cazuri după toracotomie decorticare și sutura fistulelor bronșice.

La control, s-a putut aprecia un rezultat bun, cu stare generală perfectă, fără sechele, în 7 cazuri. Un singur copil a avut o retracție de 1—2 cm cu calus pleural adiacent de 0—5 cm, evidențiate radiologic și tomografic.

Grupa nr. 5: 14 (cazuri) copii operați în 1978 (la 10 ani postoperator): 6 cazuri după pleurotomie minimă; 3 cazuri după pleurotomii iterative și 5 cazuri după decorticare, cu sutura fistulelor bronșice.

La această grupă s-au înregistrat cele mai bune rezultate în timp, găsindu-se 12 cazuri fără sechele. 1 caz cu o asimetrie de 1—2 cm: 1 copil prezenta o debilitate fizică, fără sechele aparente toracice.

Menționăm că s-au decelat anamnestic semne de rezistență biologică scăzută, cu infecții respiratorii frecvente, repetate.

Imunelectroforeza a decelat un deficit munitar global, motiv pentru care copilul a fost îndrumat la Clinica de Pediatrie pentru investigare și tratament corect a indicației, amplexării și momentului operator.

Factorii de risc în perioada de stare și de recuperare sînt reprezentați de prematuritate, distrofie, subponderalitate, vîrsta mică, alimentația artificială și subnutriție, dar și de virulența și extinderea procesului supurativ.

De regulă, coexistența a 2 din factorii menționați mai sus, constituie element de prognostic incert, iar asocierea a 3 factori duce la aprecierea unui prognostic în faust.

Cazurile cu vindecare a procesului supurativ, trebuie considerate vindecate clinic de abia după recuperarea funcțională.

Menționăm că s-a putut pune în evidență o marcată capacitate de recuperare funcțională, datorită creșterii și dezvoltării ulterioare, prin intrarea în joc a mecanismelor de compensare.

În seria de rezultate tardive constatate de noi, rezultatele bune se ridică la 69% cu 31% rezultate satisfăcătoare, cu sechele perfect compensate.

De asemenea este de remarcat faptul că în timp, pe măsura măririi intervalului scurs de la intervenție, se observă o pondere mare a recuperărilor complete, funcțională și anatomică, calitatea rezultatelor depinzând în mai mare măsură de intervalul de timp trecut decît de amploarea tratamentului chirurgical.

Dispensarizarea copiilor cu aceste afecțiuni continuă, pentru a studia capacitatea de adaptare a organismului copiilor în timpul creșterii și dezvoltării.

ANEXA

FIȘA

PENTRU EXAMEN DE CONTROL TARDIV
al copilului cu STAFILOCOCCIE P.P. în antecedente

Numele și prenumele

sexul

vîrsta

Data îmbolnăvirii:

Tratamente urmate:

Evoluție:

Starea la ieșire:

Nr. zile spitalizare:

Examen clinic general:

înălțime;

greutate;

dezvoltare psihică:

rezultate școlare:

Examen local: — aspectul toracelui — simetrie

— diametre toracice

— aspectul cicatricei

— obs.

Examene paraclinice:

— radiografie toracică P.A.

— circumferința toracică — superioară, mijlocie, inferioară

— diametrul toracic transversal și A.P.

— calus pleural, grosime

— refracție toracică

— puls, T.A.

— probe ventilatorii — spirometrie

Examene de laborator: — hemograma

— frotiu periferic

— formula leucocitară

— imun — el.fo

— proteinograma

— VSH

Aprecierea stării generale și locale:

Eventuale recomandări de tratament recuperator, gimnastică medicală:



Rezultat:

Recuperare: nesatisfăcătoare, satisfăcătoare, bună.

Bibliografie

1. Bancu V. E.: Patologie chirurgicală, Ed. Did. și Ped. 1982; 2. Coman C.: Pleureziile purulente, Ed. Med. 1972; 3. Geormănescu M. Pediatrie, Ed. Did. și Ped., 1983; 4. Barlett J. G. Rév. Med. (1979), 51. 413; 5. Cattaneo S.M., Kiliman G.V., Arch. Chir., 1973, 106, 564; 6. Ferre M.: Chirurgie Infantile et Orthopedie vol. I, Ed. Flammarion, 1971; 7. Pasila K., Sulamaa M.: Acta Chir. Scand. (1973), 128, 715; 8. Ravitch M.M., Pediatric Surgery, 1982, Y. Book Med. Publ. Chicago; 9. Sabiston D.C. jr.: Journ. Thor. Surg. (1959), 38, 421; 10. Silm M.S. Rizk G., Uwaydah M.: Surgery (1971), 69, 755.

V. Gliga, Gy. Kézdi, Aurelia Opreș, Gh. Pă

EVALUATION OF THE TARDIVE RESULTS OF THE SURGICAL TREATMENT IN STAPHYLOCOCCAL PLEURO-PULMONARY INFECTIONS OF SUCKLINGS AND INFANTS

A study was made on the tardive results after surgical treatment in sucklings and infants hospitalized between 1978 and 1982.

Of the 82 cases hospitalized and treated, 51 (61.43%) came to the control, which was made at an interval of 10 to 6 years after treatment.

The tardive results after treatment were good in 69% and satisfactory in 31% of the cases that came back.

The death-rate of 5% of the hospitalized cases was due to the severe forms being above therapeutical resources.