

ASUPRA POSIBILITAȚILOR DE TRATAMENT AL TUBERCULOZEI PULMONARE FIBROCAZEOASE CAVITARE NETRATATE

N. Bumbăcescu, C. Ionescu, A. Armașu

În cele ce urmează vom încerca să schematizăm pe baza experienței noastre, tratamentul în tuberculoza pulmonară fibrocazeoasă cavitară netratată, indiferent de momentul depistării ei.

Studiul nostru se sprijină pe 150 cazuri de tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă cavitară netratată, internate în Spitalul clinic de tuberculoză din Iași, de la 1 ianuarie 1959 pînă la 1 iulie 1961.

În lotul bolnavilor studiați au fost 81 bărbați și 69 femei. Dintre aceștia : 14,6% au aparținut grupei de vîrstă 15—20 ani, 36,8% grupei 21—30 ani, 27,4% celei de 31—40 ani, 10,6% între 41—50 ani, 6,6% între 51—60 ani și 4,0% peste 61 ani. Timpul de la

depistarea procesului tuberculos pînă la internarea bolnavului în spital, a fost la 76,8%, din cazuri sub 3 luni la 14,6% între 3 pînă la 6 luni și la 8,6% peste 6 luni. Diagnosticul de tuberculoză fibrocazeoasă a fost confirmat prin examenul bacteriologic în 89,3%, din cazuri: la restul bolnavilor diagnosticul a fost întemeiat pe date clinice și radiologice care nu puneau la îndoielă caracterul specific al leziunilor pulmonare, fapt confirmat ulterior prin regresivitatea lor sub influența tratamentului cu tuberculostatice.

Procesul tuberculos a interesat în 55,4% din cazuri un segment pulmonar, în 9,3% mai mult decît un segment, în 3,3% un plămîin, iar în 32,0% din cazuri leziunile au fost bilaterale. Caverna în 40,7% din cazuri a avut un diametru pînă la 2 cm, în 50,7% între 2—5 cm, iar în 8,6% peste 5 cm. Procesul tuberculos pulmonar a fost însoțit de o suflă pleurală de aceeași parte în 6% din cazuri, iar de partea controlaterală în 7,3%.

Bronhoscopia, la cele 52% din cazuri examinate, a pus în evidență: la 24,3% o congestie a mucoasei bronhice, la 15,4% infiltrații, la 2,6% o fistulă activă, restul bolnavilor (57,7%) avînd aspect bronhoscopic normal. La 3,3% din cazurile analizate s-a constatat o cavernă suflată.

Cazurilor de tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă cavitară astfel definite li s-a aplicat mai întîi un tratament medical care, la bolnavii indicați a fost îmbinat cu o metodă de colapsoterapie sau de exereză.

A. Tratamentul medical a constat din cură de repaus sistematic și tuberculostatice majore în asociație triplă (1 g streptomycină, 10 mg/kilocorp HIN și 10—15 g PAS) de preferință în perfuzie, la bolnavii care au prezentat o importanță componentă inflamatorie adăugîndu-se și produse hormonale. Medicația a fost administrată continuu, în medie 6 luni — cu minimum 4 și maximum 9 luni — în timpul internării; apoi prelungită la domiciliu numai cu HIN (10 mg/kilocorp), mai rar HIN și PAS pînă la sfîrșitul tratamentului, care a durat în medie un an și jumătate pînă la doi ani. Amintim că în cursul tratamentului 15,3% din bolnavi au prezentat semne de intoleranță față de unul sau mai multe din tuberculostaticele majore: PAS-ul a dat 68,6% intoleranțe, streptomycină 25,9%, iar HIN 5,5%. La 15 din aceste cazuri s-a renunțat la produsul netolerat, iar la restul bolnavilor a fost înlocuit cu un tuberculostatic nou.

B. Colapsoterapia sau exereza a fost indicată la cazurile care în curs de 3 pînă la 6 maximum 9 luni, nu au reacționat satisfăcător la tratamentul prin repaus și tuberculostatice.

Cu tratamentul amintit, instituit la cele 150 cazuri s-au obținut 84,6% (127 cazuri) succese, față de 15,4 insuccese.

Din cele 150 de cazuri în 103 (68,6%) succesul a fost obținut prin tratament medical care, în curs de 3 maximum 9 luni, a dus la dispariția simptomelor generale și funcționale pulmonare, absența constantă a bacilului Koch (examenul repetat prin cultură), la rezorbția leziunilor infiltrative și la închiderea cavernei, lăsînd pe locul ei cicatrici fibroase decelate mai ales tomografic, care au rămas nemodificate la examenul radiologic din următoarele 6—12 luni; celelalte rezultate bune (16%) s-au obținut prin asocierea la tratamentul medical a unei metode de colapsoterapie sau de exereză (11 Ptx, 6 PNP, 4 exereze, 2 toracoplastii).

La bolnavii astfel tratați s-a obținut negativarea sputei în 93,2%; iar ștergerea leziunilor bronhice în 100%.

Insuccesele la lotul analizat au fost determinate într-un caz de ineficacitatea tratamentului cu tuberculostatice, în două de întînderea mare a procesului bacilar, iar în 17 cazuri de faptul că bolnavii au plecat din spital contrar avizului medical, sau au refuzat orice intervenție. La lotul insucceselor mai trebuie adăugate încă alte trei cazuri care n-au putut fi rezolvate prin tratament mixt: medical și o metodă de colapsoterapie.

Discuții. Pe baza materialului studiat, socotim că în fața unui bolnav de tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă cavitară netratată se poate lua în considerare următoarea atitudine terapeutică.

La toate cazurile de tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă cavitară, indiferent de momentul depistării și întinderea leziunilor, trebuie instituit cât mai precoce o cură de repaus și tratament cu tuberculostatice în condițiile arătate și apoi urmărirea evoluția procesului pulmonar cu examinări clinice, radiologice și de laborator.

Dacă bilanțul terapeutic ulterior — făcut tot la 3 luni — indică o stagnare în ameliorarea procesului pulmonar, se va lua în discuție asocierea unei metode de tratament chirurgical.

Dimpotrivă, pentru cazurile la care în curs de 2—3 luni nu se realizează o ameliorare satisfăcătoare trebuie să se ia în discuție prelungirea tratamentului cu tuberculostatice, sau asocierea unei metode de colapsoterapie sau de exereză.

Cînd prelungirea tratamentului prin repaus și tuberculostatice nu poate fi realizată timp suficient, urmează a se asocia aceea metodă de exereză sau de colaps care oferă bolnavului cele mai multe șanse de succes, cu cele mai mici riscuri.

Pneumoperitoneul instituit la 9 cazuri cu leziuni bilaterale întinse, a rezolvat favorabil 7 succese pe care le atribuim în primul rînd repausului și tratamentului cu tuberculostatice.

Pneumotoraxul artificial a fost indicat îndeosebi pentru infiltrate recent excavate și cavernă precoce, cu perele suplu, situația subclavicular în plin cîmp pulmonar, care nu au cedat în 2—3 luni de tratament prin repaus și tuberculostatice. În lotul de care ne ocupăm, la 12 cazuri tratate prin repaus și pneumotorax artificial sub protecția tuberculostaticeelor s-au obținut 11 rezultate clinico-radiologice și biologice bune, ceea ce ne îndreptățește să afirmăm că pneumotoraxul are o valoare curativă foarte mare.

Dacă pneumotoraxul nu poate fi instituit din cauza simfizei pleurale, iar cînd prezintă aderențe nu poate fi completat prin operația lui *Jacobaeus* lară pericol de complicații, sau colapsul realizat s-a dovedit ineficace, acesta trebuie abandonat și substituit în următoarele 3 pînă la 6 maximum 9 luni cu o exereză sau toracoplastie.

Delimitarea netă a indicațiilor pentru *exereză* sau pentru *toracoplastie* este practic dificilă din cauza multitudinii de factori direcți sau indirecti și a posibilităților de combinare între ei. Din observațiile noastre, exceptînd vîrsta, nici unul dintre acești factori, considerați izolat, nu poate preciza indicația pentru una sau alta din metodele amintite. Dificultatea mai este sporită și de starea în care se află complexul lezional la data cînd se ajunge la concluzia că singur tratamentul cu tuberculostatice nu poate să-i asigure vindecarea. Cercetînd problema sub acest unghi se pot deosebi mai multe situații și anume:

— cazuri al căror proces pulmonar este indicat atît pentru exereză, cit și pentru toracoplastie;

— cazuri la care metodele amintite sînt nepotrivite din cauza întinderii leziunilor tuberculoase;

— există apoi situații care contraindică exereza, dar oferă toracoplastiei suficiente șanse de succes;

— în sfîrșit sînt și cazuri la care cele două metode au tot atîtea avantaje cit și riscuri.

În cadrul acestor posibilități, alegerea celei mai bune metode, impune colectivului medico-chirurgical ca pe lîngă complexul morfologic lezional să țină seama în primul rînd, de situația profesională, familială și socială a bolnavului, de comportamentul și docilitatea acestuia și mai apoi de regulile terapeutice comune pentru toți bolnavii.

La bolnavii sub 50 ani cu leziuni potrivite pentru ambele metode trebuie preferată exereza care asigură totdeauna cele mai bune rezultate.

Cînd leziunile erau încă prea întinse, cura de repaus și tratamentul cu tuberculostatice nu continuat pînă la atingerea momentului optim pentru intervenție, moment care nu trebuie să fie nici grăbit, nici prea mult întîrziat.

La cazurile cu leziuni cavitare regresate situate în lobul superior, obligator pentru cele din trunchiul bazal al lobului inferior s-a indicat exereza. Dimpotrivă la bolnavii tîrzi de 50 ani, la cei cu procese cicatriciale în plămînilor opus care nu asigură suficiente garanții că poate suplini nevoile de oxigen ale organismului sau că leziunile ar putea să fie dezechilibrante static după o exereză, la cei cu distrofi parenchimatose și bronhice care fac dificilă expansiunea plămînilor restant, precum și la cei cu bilanț funcțional fragil, s-a preferat toracoplastia pentru că poate să fie fragmentată după dorință și este grevată de mai puține complicații trans-și postoperatorii decît exereza. În cazurile cu leziuni mai

vechi, însoțite de procese pleurale, unde s-au observat riscurile de a face rupturi vasculare și nervoase, sau de a deschide focare bacilare, care să forțeze apoi indicația de exereza pînă la pneumonectomie, s-a preferat de asemenea toracoplastia.

Leziunile la care avantajele și riscurile pentru una din cele două metode își împart sufragiile: complicațiile care compromit șansa unei exereze, ineficacitatea sau mutilarea prea importantă prin lărgirea rezecțiilor costale pentru toracoplastie, după o revizuire atentă au fost indicate pentru alte intervenții.

În lumina acestor date generale, pentru cazurile din materialul studiat s-a indicat la 1 exereza, iar la 2 toracoplastia; toate cu rezultate bune.

Evident că pentru concluzii ferme este nevoie de o mai largă experiență, sancționată de proba timpului. Pînă la obținerea unor asemenea date, conduita schițată poate constitui un ghid de orientare în labirintul complicat al indicațiilor terapeutice pentru tuberculoza pulmonară fibrocazeoasă cavitară încă netratată.

Sosit la redacție : 18 iunie 1962.

Bibliografia la autori.