

## PROCEDEU CHIRURGICAL PENTRU TRATAMENTUL CAVERNELOR GIGANTE DE LOB SUPERIOR

C. Hain, Z. Barbu, P. Papahagi, Eugenia Barbu

Cavernele gigante ale lobului superior constituie după părerea majorității autorilor forme greu curabile de tuberculoză. Ele reprezintă procese învechite ajunse la tratament chirurgical după epuizarea tuturor posibilităților tratamentului antibacterian conservator. Slaba lor accesibilitate chirurgicală se datorește faptului că nu mai sînt înconjurate de parenchim sănătos, ci de o carapace fibroasă dublată înspre pleură de un țesut atelectazic, și că se extind înspre lobii inferiori atît înspre segmentul 6 cît și eventual înspre alte teritorii ale lobului inferior, fiind polidrenate.

După datele statistice de sinteză ale lui O. Monod, în formele gigantocavitare ale tuberculozei pulmonare rezultate bune pot fi obținute uneori cu rezecția pulmonară, dar această intervenție este grevată de cea mai ridicată proporție de complicații. La acest lucru contribuie completa epuizare a rezervei antibacteriene, precum și coexistența de leziuni diseminate în ceilalți lobi sau în plămînul opus.

Judecînd din punct de vedere anatomic, rezecția nu poate fi economicoasă, deoarece alături de lobul superior trebuie să fie extirpat cel puțin și vîrfurile lobului inferior. Frecvența cu care survin după astfel de operații tuberculizările lojei de rezecție, mai ales dacă peretele cavitare se sparge în cursul decolării, a îndemnat pe mulți practicieni să prefere pulmectomia. Riscurile de tuberculizare nu sînt însă cu nimic mai mici nici după această formă de intervenție, în schimb urmările sînt mai grave, iar coexistența de leziuni ale plămînului opus îi restrînge și mai mult aplicabilitatea.

Aceasta este cauza pentru care rezultatele finale bune ale exerezei în caverna gigantă se evaluează doar la 60%, în raport cu o mortalitate de 10% din cazuri, în primii 2—4 ani ce urmează intervenției.

Dintre intervențiile plastice, toracoplastiile de diverse tipuri, inclusiv cea cu grefon costal paramediastinal, imaginată de colectivul clinicii noastre, pentru împiedicarea reexpansiunii bontului de apicoliză, pot duce în unele cazuri la succes. Este adevărat că în aceste forme de tratament chirurgical eșecul se soldează cel mult cu persistența unei caverne reziduale și în general fără complicații, deși empieme cu fistulă pot surveni și aici.

Speleotomia cu rezecția parțială a peretelui cavitare și tratament deschis al cavernei, urmată de toracoplastie, este un procedeu relativ bine suportat chiar și

de către pacienți mai deficitari; el impune însă un tratament foarte îndelungat, pansamente zilnice relativ neplăcute, iar șansele de succes nu întrec proporția de o treime dintre tentative.

Aspirația endocavitară descrisă de *Monaldi*, completată cu instilații antibacteriene nu a dat rezultate durabile, exceptând cele însoțite de toracoplastie. Reexpansiunea atât de frecventă a bontului de apicoliză, observată după procedeele clasice de plastie, a făcut să scadă proporția de vindecări realizate în perioada ce urmează actului operator.

Cunoscând stabilitatea relativă a apicolizei după procedeele noastre de toracoplastie cu grefon costal paramediastinal, am căutat să adaptăm metoda situației din cavernele gigantice, combinând-o cu o aspirație endocavitară.

S-a procedat în felul următor: s-a realizat un prim timp de toracoplastie inferioară pe două-trei coaste, executată în așa fel, încît polul inferior al cavității să fie mult depășit de nivelul coastelor extirpate.

Operația adresându-se în general unor bolnavi deficitari, ea a avut darul de a le testa și rezistența intra- și postoperatorie. Acest prim timp a avut și rolul de a fixa eventualele pleure libere, de a nu permite fenomenul de infundare cavitară, observat după unele toracoplastii descendente, asigurând totodată un serios plastron de suport pentru grefonul ulterior.

După restabilirea echilibrului biologic, care survine de obicei la 2—3 săptămîni, s-a instalat aspirația, introducînd pe calea anterioară între coasta I și a doua un trocar de Iacobeuș și apoi o sondă Nélaton fixată „à demeure” după îndepărtarea cămășii trocarului. Aspirațiile au început din prima zi cu presiuni crescînde, controlate manometric. Se ajunge pînă la valorile de —40 cm coloană de apă, aplicate timp de 2—6 ore pe zi. Instilațiile medicamentoase s-au executat tot a doua zi, utilizînd cîte o doză maximală zilnică din tuberculostaticele față de care germeii își păstrează sensibilitatea.

Avînd în vedere că în aceste cazuri germeni sînt rezistenți la Str., HIN, PAS, Th, viomicină și cicloserină, noi am instilat neomicină, kanamicină și tetracilină în mod alternativ. Instilațiile, ca de altfel și aspirațiile, sînt bine suportate de bolnavi; însă pot surveni hemoptizii pasagere necesitînd întreruperea temporară a aspirației, sau cazuri cînd infundarea sondei necesită dezobliterarea ei printr-un cateter ureteral.

Diminuarea cavității se urmărește pe tomografiile săptămînale, iar cînd aceasta s-a redus la proporțiile unei fante neînsemnate, sonda se retrage. Pentru a evita exteriorizarea prematură a sondei, aceasta se leagă de piele cu un fir de sutură, manoperă ce se repetă la fiecare 12—15 zile. După 5—6 săptămîni, respectiv la 7 zile după scoaterea sondei și căderea crustei de penetrație, se execută ultimul timp de toracoplastie, cu păstrarea pe loc a coastei întîia, secționarea părții posterioare a coastei a doua, rezecția coastei a treia și așezarea ei în chip de grefon paramediastinal. Grefonul se solidarizează la ambele capete cu coasta a doua și se fixează după apicoliză la nivelul plastronului rămas după primul timp, în așa fel, încît grefonul să mențină virful pulmonar coborît pînă la nivelul hilului.

După acest gen de toracoplastie imaginată de noi și publicată în disertația de candidat a lui Z. *Naftali* și în Revista Medicală din anul 1960, urmările postoperatorii sînt cele obișnuite.

Rezultatul operator imediat ne-a dat deplină satisfacție.

Avînd în vedere frecvența acestui tip de leziune în rîndurile bolnavilor cronici, credem că adaptarea pe care am imaginat-o, combinînd toracoplastia cu grefon paramediastinal și aspirația *Monaldi*, merită să fie urmărită mai îndeaproape.

Redăm mai jos o succintă expunere a primului nostru caz operat:

*Bolnava G. C.*, în vîrstă de 26 ani, este internată în clinica noastră la 25. VI. 1964 cu dg. tbc. pulmonară gigantocavitară stîngă cu diseminări nodulare în plămînul drept. Sputa BK pozitiv. Este bolnavă din 1960 și a fost tratată în mai multe instituții antituberculoase, fără a i se rezolva situația. Pînă în prezent i

C. HAIN ȘI COLAB.: PROCEDEU CHIRURGICAL  
PENTRU TRATAMENTUL CAVERNELOR GIGANTE DE LOB SUPERIOR



Fig. nr. 1.: Cavărie mare a lobului superior stâng.



Fig. nr. 2.: Radiografie de ansamblu după extirparea coastelor 6-5-4.



Fig. nr. 3.: Cavărie mult diminuată aspirată printr-o sondă Nélaton.



Fig. nr. 4.: Radiografie de ansamblu la trei luni după completarea timpului osteoplastic superior (cu grefon costal paramediastinal).

s-au administrat: Str. 350 g, HIN 1500 tabl., PAS 1520 g. Fiind purtătoare de leziuni bilaterale și fără rezervă antibacteriană s-a renunțat la ideea unei exereze, iar dimensiunile cavității nu au permis nici instituirea unui colaps medical sau chirurgical simplu. Se decide efectuarea unei aspirații de tip Monaldi. La 17. VII. 1964 se rezecă coastele 6—5 și 4, în vederea asigurării unei simfize pleurale și a unui plastron de inserție al grefonului. La 6. XI. 1964. se introduce sonda Nêlaton și se începe aspirația endocavitară cu instilații locale cu neomicină, kanamicină și tetraciclină alternativ. După reducerea dimensiunilor cavitare se practică la 24. XII. 1964 o toracoplastie osteoplastică apicală stîngă cu grefon paramediastinal sting. Evoluția postoperatorie este cea obișnuită după toracoplastiile de acest gen.

Bolnava este fără acuze, afebrilă. Reexaminată la 3 luni după intervenție, se constată dispariția imaginii cavitare cu consolidarea bontului și a pungii de apicoliză extraperiostală. Baciloscopia este negativă. Și-a recîștigat greutatea inițială; are o viteză de sedimentare de 2/8 mm, iar examenul spirometric arată o scădere a CV de 36% cu creșterea VEMS de 10% și păstrarea aproape nemodificată a Vmax/minut.

### Concluzii

Procedeele de a aborda cavernele gigante de lob superior prin toracoplastia osteoplastică în doi timpi cu grefon costal paramediastinal, aplicînd pe parcurs aspirația endocavitară de tip Monaldi, este un procedeu simplu, aplicabil cu succes la această importantă categorie de bolnavi cronicizați.

*Sosit la redacție: 9 aprilie 1965.*

### B.bliografie

1. BERNARD E., WEIL J., PROTEAU J.: Revue de la Tuberculose (1953), 10—11, 960; 2. BERNOU A., GOYER R., MARÉCAUX L., TRICOIRE I.: Revue de la Tuberculose (1959), 8—9, 966; 3. JOLY H.: Revue de la Tuberculose (1960), 11, 1029; 4. MARMET A., PETIT M.: Revue de la Tuberculose (1958), 10—11, 979; 5. MEYER A., TRINQUET G.: Revue de la Tuberculose (1958), 10—11, 952; 6. O. MONOD: Revue de la Tuberculose (1958), 10—11, 940; 7. NAFTALI Z., BARBU Z., EUGENIA BARBU: Revista Medicală (1960), 1, 36.