

CAVITĂȚILE REZIDUALE ALE ABCESELOR PULMONARE

F. Jozefovics, L. Pallai, Gh. Charap, V. Bălan

Publicațiile care se ocupă cu cavitățile reziduale ale abceselor pulmonare (c.r.a.p.) cuprind unele controverse, privind mai ales evoluția și complicațiile posibile ale acestora, factorii care le favorizează apariția precum și atitudinea terapeutică ce trebuie adoptată față de ele. Aceste controverse se datoresc în parte faptului că nu toată lumea înțelege același lucru sub denumirea de c.r.a.p.

Din motivele arătate mai sus, am examinat situația celor 55 bolnavi care au fost tratați în clinica noastră cu antibiotice, începând din anul 1952 pentru abcesul lor pulmonar primitiv, iar la părăsirea spitalului, respectiv la data controlului, au fost găsiți rezolvați: clinic nu mai prezentau nici un semn de supurație, radiologic fie că aveau o imagine toracică normală, fie o cicatrice liniară ori stelată, ori o zonă de claritate corespunzând unei cavități reziduale fără semne de inflamație locală. Scopul nostru a fost ca și prin experiența noastră proprie să ajungem cât mai aproape de situația reală, contribuind astfel la soluționarea cât mai justă a problemelor pe care le ridică aceste sechele cavitare.

Noi am găsit corespunzătoare formulare lui *Coury* și *Thibault* care înțeleg sub noțiunea de „cavitate reziduală“ un aspect radiologic trecător sau definitiv, persistând după vindecarea clinică aparent completă a unui abces pulmonar, după un tratament corect cu antibiotice.

Frecvența acestor sechele variază după diferiți autori între 40—80%. Această diferență se explică, pe lângă interpretarea diferită ce li se dă, și de momentul efectuării investigațiilor, respectiv de metodele cu care se caută prezența lor.

La părăsirea serviciului nostru, din cei 55 bolnavi, 27 prezentau cavități reziduale. La controlul acestora, în medie după 3 ani și 2 luni, nu am mai găsit prezența lor decât în 14 cazuri (25%). La 2 bolnavi, din cauza neprezentării, nu s-a putut aprecia situația actuală. Aceste cifre demonstrează elocvent în ce măsură poate fi modificată frecvența reală a c.r.a.p. prin momentul în care se face aprecierea lor.

Am confirmat existența cavităților reziduale, atât la plecare cât și la control, prin radiotomografii și în parte și prin bronhografii (15 la plecare, 18 la control). Bronhografia a pus în evidență în 5 cazuri prezența cavităților, atunci când radiografia standard, respectiv tomografiile, nu le decelau, ceea ce arată utilitatea ei indispensabilă în aprecierea existenței acestor sechele.

Exemplificăm necesitatea bronhografiei prin prezentarea observațiilor de mai jos:

Obs. 1. Bolnavul C. N., de 34 ani, cioban (F.O. 913/1961), se internează la 9. XI. 1961 cu febră pînă la 39°C, spută purulentă fetidă abundentă și o imagine rtg. hidroaerică, de 7,5 cm, cu parenchimul învecinat infiltrat, localizat în segmentul pulmonar bazal lateral stg. (fig. nr. 1). Se pune dg. de abces pulmonar stg. După 64 zile de tratament antibiotic polivalent, asociat cu hormoni antiinflamatori, pleacă asimptomatic, radiotomografic găsindu-se relații normale pulmonare pe locul leziunii inițiale. Controlat după 2 ani și 9 luni (15. XI. 1964), bolnavul se menține asimptomatic. Examenul radiografic cit și cel tomografic rămân negative (fig. nr. 2), dar cel bronhografic pune în evidență o geodă neregulată, avînd în medie un diametru de 5 cm (fig. nr. 3).

C.r.a.p. sînt considerate ca fiind consecințele antibioterapiei moderne, care chiar dacă nu poate repara întotdeauna și în întregime distrucția paren-



Fig. nr. 1.: Obs. nr. 1. Imagine hidro-aerică de 7X5 cm în lobul inferior stg. cu parenchimul înconjurător infiltrat.

Fig. nr. 2.: Același caz după vindecarea clinică cu radiografia P-A: I.T.N.

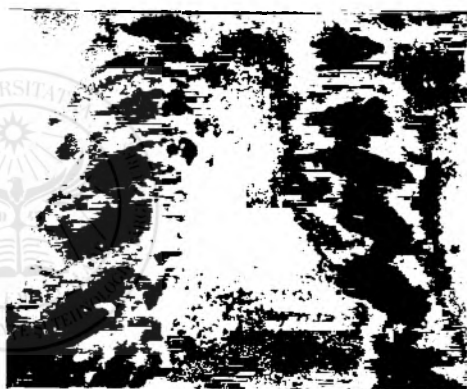


Fig. nr. 3.: Același caz. Bronhografia pune în evidență o geodă neregulată pe locul fostului abces.

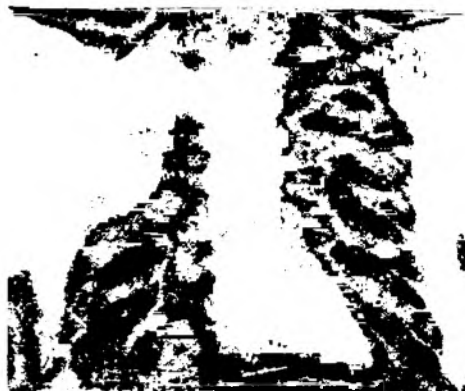


Fig. nr. 4.: Obs. nr. 2. Imagine gigantică hidro-aerică de 12X5 cm în segmentul apical posterior.



Fig. nr. 5.: Același caz după vindecarea clinică: cavitate reziduală cu comunicare largă prin mai multe bronhii



Fig. nr. 6.: Același caz: cavitatea reziduală micșorată cu pereți tatuși de substanța de contrast rețeaționată.



Fig. nr. 3: Imagine hidro-aerocică a segmentului apical posterior drept.

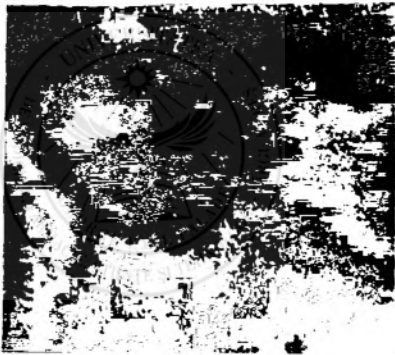


Fig. nr. 8: Acclăși caz după 3 ani; cavitățe reziduală de 2x2 cm cu fibroză pericavitară.



Fig. nr. 9: Acclăși caz după alți 7 ani; cavitățe nu și-a modificat dimensiunile.



Fig. nr. 10.: Obs. nr. 4. Condensare parenchimatoasă de 6X4 cm, cu excavație excentrică în segmentul apical posterior drept.



Fig. nr. 11.: Același caz după 2 $\frac{1}{2}$ ani de la ultima recidivă: cavitate reziduală de 3X3,5 cm cu pereții subțiri.

chimatoasă, produce de cele mai multe ori vindecarea clinică a bolnavului. Dintre factorii favorizanți invocați în literatură (caracterul fetid sau nefetid al supurației, momentul începerii tratamentului, tratamentul endobronșic etc.), considerăm că numai întinderea necrozei parenchimatoase joacă un rol semnificativ dar nu determinant în producerea acestor cavități. Astfel din 27 bolnavi al căror abces a depășit diametrul de 3 cm. au rămas cu cavități 10. pe cînd din restul de 18 bolnavi cu abcesul sub această dimensiune. numai 3. Categoria bolnavilor cu abcesul sub 3 cm prezenta de asemenea mai multe dispariții ulterioare prin vindecarea cavităților, considerate reziduale la terminarea tratamentului antibiotic: din 9 cazuri, 6 nu au mai putut fi puse în evidență cu ceazia controlului; din cealaltă categorie, din 18 au dispărut abia 5. De aici rezultă că în cazul cavităților persistente după terminarea tratamentului antibiotic al abceselor ce nu depășeau 3 cm diametru, se poate aștepta dispariția lor completă în aproximativ $\frac{2}{3}$ din cazuri. Această proporție scade la aproape $\frac{1}{4}$ la acele abcese care inițial au depășit această dimensiune.

Din punct de vedere practic, evoluția ulterioară și mai ales cea îndepărtată a c.r.a.p. prezintă cel mai mare interes, deoarece ea determină în ultima instanță atitudinea terapeutică ce trebuie adoptată față de ele. În lotul nostru 11 cavități au dispărut prin închidere, 10 și-au micșorat volumul, 4 mai persistau la dimensiunea lor inițială. Observațiunile noastre de mai jos ilustrează ultimele două posibilități:

Obs. 2. Bolnavul H. Gh., de 50 ani, mecanic (F.O. 659/1960), se internează la 19. VIII. 1960 cu dg. de abces pulmonar dr. Radiologic se găsește o imagine gigant hidroaerică de 12×5 cm în segmentul apical posterior (fig. 4). După 50 zile de tratament antibiotic-antiinflamator, supurația se amendează, dar rămîne o cavitate reziduală de $8 \times 2,5$ cm cu comunicare largă prin mai multe bronșii (fig. nr. 5). La un control efectuat după 21 luni (30. V. 1962) persistă o cavitate micșorată la $5 \times 1,5$ cm cu pereții tatuati de substanța de contrast retenționată (fig. nr. 3).

Obs. 3. Bolnavul D. J., de 30 ani, rotar (F.O. 257/1952), se internează la 6. VI. 1952 pentru un abces pulmonar al segmentului apical posterior al lobului superior drept (fig. nr. 7). După un tratament de 3 luni cu penicilină și streptomycină pe cale generală și transtoracică, pleacă asimptomatic dar cu persistența unei cavități de 2×2 cm, nedeterjată complet. La un control tomografic efectuat după 3 ani (8. XII. 1955), se decelează aceeași cavitate, dar deterjată, cu fibroză limitată pericavitar (fig. nr. 8). După alți 7 ani (16. V. 1962) situația se mentine neschimbată (fig. nr. 9). Pe toată perioada observației bolnavul a rămas asimptomatic, efectuînd muncă fizică grea.

Cu privire la complicațiile posibile ale c.r.a.p. părerile autorilor se impart. P. Trocmé și G. Carré, apoi R. Kourilsky și G. Decroix nu au observat nici o recidivă sau alte complicații la acele 17, respectiv 15 cazuri urmărite de ei. Alții, ca J. Charpin, H. Métras și A. Zafiroupolou găsesc la 6 din 17 cazuri o evoluție defavorabilă: 2 recidive, 2 hemoptizii și două tuberculizări.

La bolnavii noștri purtători ai acestor sechele cavitare, nu am găsit pînă la data controlului nici o recidivă a supurației sau alte complicații. Durata supravegherii pentru acești bolnavi a fost între 9—10 ani pentru 2 cazuri, între 4—5 ani pentru 1, între 3—4 ani pentru 2, între 2—3 ani pentru 3, între 1—2 ani pentru alte 3 și între 8 luni și 1 an tot pentru 3 cazuri. Cazul pe care îl prezentăm mai jos, demonstrează că vindecarea clinică survine uneori abia atunci cînd după eliminarea integrală a necrozei inițiale se formează pe locul ei o cavitate reziduală.

Obs. 4. Bolnavul D. M., de 55 ani, agricultor (F.O. 257/1962), se internează la 22. III. 1962 cu dg. de abces pulmonar dr. Radiologic se constată la nivelul segmentului apical posterior existența unei condensări parenchimatoase de 6×4 cm cu o mică excavație în polul ei superior (fig. nr. 10). După un tratament antibiotic

polivalent, antiinflamator, de 38 zile, fenomenele supurative diminuează, fără ca imaginea rtg. pulmonară să se modifice semnificativ. Pleacă nerezolvat Curînd fenomenele supurative recidivează, motiv pentru care beneficiază de alte două internări în secția de specialitate. La un control efectuat la 2¹/₂ ani după ultima recidivă (9. X. 1954), pe locul leziunii inițiale se găsește o cavitate reziduală de 5×3,5 cm cu pereții subțiri, bolnavul ne mai prezentînd în această perioadă nici un simptom de boală (fig. nr. 11).

Și această observație subliniază faptul că sechelele cavitare pot fi considerate ca o formă de vindecare ale abceselor pulmonare.

Din prezentarea materialului nostru se desprind următoarele concluzii:

1. Cavitățile reziduale pot fi considerate în mod practic ca o formă de vindecare a abceselor pulmonare după o antibioterapie corect aplicată.

2. Frecvența lor reală se poate aprecia numai prin examinări făcute tardiv la aproximativ 2 ani după vindecarea clinică și trebuie să includă și investigația bronhografică.

3. Abcesele pulmonare cu diametrul mai mare de 3 cm favorizează apariția acestor sechele.

4. Multe cavități (cca. 40 %) și mai ales acelea ale abceselor sub 3 cm. prezente imediat după vindecarea clinică, dispar ulterior prin înch.dere; c parie însemnată își micșorează volumul și numai într-un număr redus de cazuri rămîn nemodificate.

5. Deși excepționale, din cauza complicațiilor posibile pe care le pot prezenta, c.r.a.p trebuie dispensarizate, fără ca ele să necesite o extirpare profilactică.

Sosit la redacție: 31 august 1965.

Bibliografie

1. ALEXANDRESCU D., ALEXANDRESCU S., GEORGESCU R.: Fiziologia (1962), 1, 61; 2. CHARPIN J., MÉTRAS H., ZAFIROUPOULO A.: Journ. Franc. de Méd. et Chir. Thor. (1956), 2, 204; 3. COURY CH., THIBAUT PH.: Rev. du Pract. (1958), 25, 2941; 4. JOZEFOVICS FR., HAIN C., KLENTS FR., ZSEJKI I.: Fiziologia (1964), 6, 533; 5. KOURILSKY R., DECROIX G.: Journ. Franc de Méd. et Chir. Thor. (1956), 2, 211; 6. MANNES P.: Journ. Franc de Méd. et Chir. Thor. (1965), 2, 222; 7. NASTA M. și colab.: Tumorele bronho-pulmonare. Editura Academiei R.P.R., București, 1961; 8. POPPER M. și colab.: Cancerul bronho-pulmonar. Editura Medicală București, 1955; 9. POPPER M., WOLF A.: Supurațiile bronho-pulmonare, Ed. Med. Buc. 1954; 10. TROCME P., CARRÉ G.: Journ. Franc, de Méd. et Chir. Thor. (1956), 2, 220.