

ECHINOCOZOZA MUSCULARĂ PRIMITIVĂ *

dr. L. Iosif, dr. Z. Millea

Echinococoză musculară primitivă, deși cea mai frecventă dintre determinările periferice, reprezintă o localizare deosebit de rară a afecțiunii în comparație cu cea hepatică sau pulmonară.

Datele din literatură sînt concludente în acest sens. Astfel, în 1890, *Tavel* culege un total de 107 cazuri. În continuare, alte încercări de apreciere exhaustivă se soldează cu următorul bilanț: *Marguet* (1888) — 130 cazuri; *Ross* (1899) — 150 cazuri; *Baradulin* (1908) — 243 cazuri; *Küttner* (1913) — 400 cazuri etc.

La noi în țară s-au publicat pînă în prezent doar 10 cazuri de echinococoză musculară (1, 2, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14).

Acestora dorim să le adăugăm 3 observații personale (acumulate în perioada 1952—1970) care, pe lângă furnizarea cîtorva date și concluzii inedite, ne-au determinat în primul rînd să revedem capitolul hidatidozei musculare, capitol ce suscită și azi încă un cert interes atît în ceea ce privește problemele de patogenie, cît și cele de diagnostic și tratament.

Frecvența. Diferiți autori o apreciază de la 1—2% pînă la 7—8% (*Basile* 0,65%, *Antonucci* 1%, *Marguet* 1,9%, *Lopez Neyra* 2,77%, *Villegas* 3,30%, *Ivassenich* 4%, *Posadas* 4,3%, *Putzu* 7,68%, *Petta* 8,10%, — citați de 3).

La noi în țară, *Iacobovici*, între anii 1919—1943, la 130 de chisturi hidactice găsește doar o singură localizare musculară: *Butureanu* (1940—1956) semnalează 3 cazuri la 150 de observații; *Juvara* la 106 cazuri nu înregistrează nici o localizare musculară (citați de 2).

Mai recent, Clinica chirurgicală nr. I din Cluj publică o statistică cu un indice de frecvență de 2,67% (2).

Diferențele destul de considerabile dintre procente țin de lipsa de unitate de vedere în ceea ce privește primitivitatea localizării musculare și dificultatea de a stabili uneori.

Experimental *Devé* a obținut un procentaj de 1,23%, deci se pare că proporțiile mai mari sînt rezultatul unor greseli de diagnostic în privința primitivității localizării musculare (4).

După *Marguet* (citată de 3), mai interesați sînt mușchii trunchiului (40,1%), apoi cei ai membrelor inferioare (40%), ai membrelor superioare (15%), ai capului (3,3%) și ai gîtului (1,6%).

Mai recent, *Lorenzetti* (8) la 38 de cazuri de hidatidoză musculară găsește următoarea distribuție: mușchii peretelui abdominal 26,3%, paravertebrali 26,3%, ai gîtului 15,7% și în proporție egală (4,5%) mușchii axilei, fesieri, pectorali, intercostali, brahiali, psoas și diafragm.

O mențiune specială merită localizarea diafragmatică, localizare rarisimă, semnalată pentru prima oară de către *Gabriel* (1927) și întilnită relativ mai frecvent în ultimii ani, grație progreselor radiologiei (10).

Manifestările clinice variază în funcție de localizare și de raporturile mușchiului și ale chistului cu țesuturile și organele vecine.

Primele faze de dezvoltare sînt practic asimptomatice. E necesară atingerea unui anumit volum pentru a putea pune în evidență chistul ca o manifestare clinică, izolată sau acompaniată de fenomene de compresiune vasculonervoasă.

În general este vorba de o formațiune tumorală de formă sferoidă, cu suprafața netedă, de consistență dură-elastică sau moale-elastică, net delimitată față de țesuturile învecinate și mai mult sau mai puțin aderentă de planurile profunde.

* Lucrare prezentată la ședința din 28 dec. 1970, a Subfilialei U.S.S.M. Aiud.

Prezența tumorii este de multe ori ignorată. Bolnavii prezentându-se doar în faza complicațiilor infecțioase sau de altă natură.

La localizările în mușchii drepti abdominali s-a descris o modificare a volumului chistului în funcție de mișcările respiratorii.

Chisturile dezvoltate în mușchii paravertebrali pot produce dureri locale și iradiante, secundar compresiunilor nervoase, și în mod excepțional pareză sau paraplegie.

Localizările diafragmatice se manifestă prin dureri la baza hemitoracelui sau în hipocondrul respectiv, cu iradiere în regiunea scapulară, dureri ce se accentuează la inspirația profundă.

Diagnosticul clinic al hidatidozei musculare este dificil. Semnele clinice nu ne oferă nimic caracteristic, cu excepția cazurilor rare în care se poate percepe un frează hidatic, sau la care găsim alte localizări hidatice.

Valoarea datelor de laborator este relativă. Reacția Weinberg-Pirvu în multe cazuri de echinococoză musculară este negativă. Pozitivitatea intradermoreacției Cassoni și cosinofilia sanguină sînt inconstante.

De cele mai multe ori diagnosticul se pune însă abia intraoperator.

Puncția exploratorie a chistului este absolut contraindicată, putînd provoca o diseminare sau un șoc anafilactic.

Evoluția hidatidozei musculare — în general — este lentă, progresivă. Rareori se semnalează evoluții rapide sau modificări sensibile de volum, fiind vorba în aceste cazuri de obicei de prezența unei complicații.

Complicațiile obișnuite ale echinococozei musculare sînt infecția și ruptura. Ruptura survine de regulă după un traumatism, putînd fi urmată de o reacție anafilactică sau de o însămîntare secundară.

Calcifierea perichistului survine mult mai rar ca în localizările hepatice, mai frecvent însă ca în cele pulmonare.

Tratamentul hidatidozei musculare este chirurgical. Procedeele folosite sînt următoarele:

1. Îndepărtarea parazitului și obliterarea cavității perichistice.
2. Chistectomia totală.
3. Îndepărtarea parazitului și drenajul cavității reziduale.

Primul procedeu își găsește indicația în prezența chisturilor ușor decolabile, cu perichist elastic, neinfecat, nesclerozat.

Intervenția ideală e chistectomia (îndepărtarea în bloc a chistului și perichistului), a cărei indicație absolută o constituie chisturile greu decolabile sau cu perichist infiltrat, scleros.

În prezența chisturilor voluminoase sau cu aderențe la organele importante (rădăcini spinale, nervul sciatic) sîntem nevoiți să recurgem deseori la cel de al treilea procedeu amintit, îndepărtarea parazitului, după prealabila aspirare a lichidului hidatic împreună cu eventualele vezicule fiice, formolizare locală, sutura parțială a planului musculoaponevrotic și drenajul cavității reziduale.

În continuare vom face o expunere succintă a cazurilor noastre.

Obs. nr. 1: Bolnavul J. N., de 14 ani (F. O. 3670/52), internat în serviciul nostru la data de 14 X 1952, cu diagnosticul prezumptiv de abces rece paravertebral cervical. Din antecedente reținem o anomalie cardiacă congenitală cu defect septal. Fără diagnostic cert se intervine extirpîndu-se în întregime un chist hidatic fertil, cuprins în masa mușchilor paravertebrali. Evoluția fără complicații.

Obs. nr. 2: Bolnavul T. A., de 27 de ani (F. O. 805/65), se internează în serviciul nostru la 11 III 1965 pentru o tumoră a coapsei drepte ce evoluează de 6 ani, prezentînd o creștere progresivă în volum. La examenul obiectiv găsim o formațiune tumorală de mărimea unui ou de rață, ovoidă, de consistență renitentă, relativ mobilă, care se imobilizează prin contracția adductorilor coapsei, sugerînd sediul muscular. Se intervine găsiindu-se un chist hidatic cu multe vezicule fiice și un perichist destul de gros. Se efectuează o chistectomie ideală. Evoluție post-operatorie simplă.

Obs. nr. 3: Bolnavul Z. L., de 14 ani (F. O. 5912/70) se internează în serviciul nostru la 24 X 1970 cu diagnosticul de abces al psoasului drept. În antecedente nimic deosebit. La examenul local notăm o tumefiere dureroasă, fluctuantă și profundă a regiunii ilioinghinocurale drepte și o contractură musculară care menține coapsa dreaptă în semiflexie. Intervenim printr-o incizie inghinală, decolăm peritoneul și abordăm psoasul în care găsim un chist hidatic supurat, plin de vezicule fiice. După chistotomie, aspirație, evacuarea parazitului și formolizare, drenăm cavitatea reziduală. Post-operator supurație locală, care cedează la tratamentul anti-infecțios local și general aplicat. Externăm bolnavul vindecat la 25 de zile de la intervenție.

De menționat la toate trei cazurile lipsa antecedentelor hidatice și absența altor localizări (hepatice, pulmonare etc.).

Din analiza observațiilor expuse se desprind următoarele:

- Primitivitatea localizării musculare.
- Nidarea chisturilor în grupele musculare de elecție.
- Precizarea intraoperatorie a diagnosticului.
- Fertilitatea chisturilor.
- Practicarea chistectomiei în două cazuri și a chistotomiei cu drenaj în cel de al treilea.

În ceea ce privește patogeniza, putem adăuga o nouă posibilitate (obs. nr. 1), cea a pasajului embrionar în marea circulație printr-un defect septal cardiac sau în general prin comunicații arteriovenoase anormale.

Ca un element de diagnostic putem aminti imobilizarea tumorii la contractia musculară (obs. nr. 2), semn care ne arată apartenența musculară și ne orientează asupra localizării (fără valoare de specialitate, evident), și reversul fenomenului, contractura musculară în prezența chisturilor supurate (obs. nr. 3).

De asemenea, dorim să menționăm un diagnostic diferențial care se impune: cel cu abcesul rece paravertebral sau migrat la distanță (obs. nr. 1).

Și, în sfârșit, amintim oportunitatea operației paleative (chistotomie-evacuare-drenaj) și în cazul complicațiilor infecțioase ale chistului hidatic muscular (obs. nr. 3).

Sosit la redacție: 15 februarie 1971.

Bibliografie

1. COSĂCESCU A., VEREANU D.: Rev. Chir. (1947), 50, 1, 137; 2. CRISTIAN V., CIUCU I., GIURGEA V.: Chirurgia (1962), 11, 1, 117; 3. CURRO S., FALCIDIA B., BENIGNO G.: Gaz. Int. Med. Chir. (1963), 68, 24 bis, 367; 4. DEVÉ F.: L'echinococcose primitive, Ed. Masson, Paris, 1949; 5. EFTIMIE M.: Mișcarea Medicală Română (1937), 10, 3; 6. FAZEKAS I., GHERMAN E., ANDREESCU P., PAȘCA GR.: Chirurgia (1958), 5, 709; 7. GHEORGHIU G.: Clujul Med. (1937), 1, 15; 8. LORENZETTI L.: Gaz. Med. Chir. (1962), 67, 2775; 9. MAREȘ E., NICOLAESCU D.: Rev. Chir. (1947), 50, 1, 267; 10. MONOD-BROCA P., HARLÉ U.: Journ. Chir. (1957), 74, 44; 11. NICOLAESCU C., POPESCU V., COSMA C.: Clujul Med. (1957), 29, II, 243; 12. PERȚIA B., COSMA E.: Ardealul Med. (1946), 6, 7—8, 372; 13. POPESCU A., GEORGESCU P.: Rev. Med. Asig. Soc. Olt. (1945), 1, 3, 261; 14. ZLOTA GR.: Rev. Chir. (1945), 48, 1—6, 262.