

EFICACITATEA TARDIVĂ A UNOR PROCEDEE DE TRATAMENT COMPLEX IN TUBERCULOZA PULMONARĂ CAVITARA

Dr. Zeno Barbu și Eugenia Barbu

în colaborare cu:

Adorján Károly, Bu-óthy Miklós, Bors Márta, Costin Samoilă, Dr. Ferenczi Gabriella,
Dr. Hirsch Simion, Hornyák Béla și Lakatos László.

Tratamentul tuberculozei cavitare este pe cale de a suferi importante modificări în urma introducerii de noi procedee terapeutice ca cel antibiotic administrat per oral, în perfuzie sau endobronșic, aspirație endocavitară, exereză segmentară, etc. În unele cercuri medicale se vorbește chiar de nevoia reconsiderării colapsoterapiei în sensul restringerii sau chiar renunțării la ea.

Scopul acestor cercetări este de a verifica în lumina rezultatelor tardive și pe un număr suficient de cazuri valoarea diverselor procedee de tratament luate în parte, cit și de a stabili succesiunea și asociația optimă a momentelor terapeutice care pot intra în componența tratamentului complex al tuberculozei cavitare.

Metoda de cercetare.

Pentru a atinge acest scop încă din anul 1949 am început să urmărim acele loturi de bolnavi care din diverse motive au trebuit să urmeze o cale sau alta de tratament.

Au fost urmărite loturi de cavitari, tratate fie numai cu streptomycină, hidrazidă, sau acid paraamino-salicilic, fie cu asocierea lor, cercetind corelația dintre caracterul procesului, dimensiunea sau virsta leziunilor și rezultatul tardiv al tratamentului. Unele loturi au fost urmărite timp de 5 ani, iar bolnavii făcând parte din ele, în caz de vindecare, nu au primit decît un singur fel de tratament.

La alți bolnavi s-a urmărit eficacitatea de durată a tratamentul antibiotic asociat și neasociat, cu colapsoterapie, cu cură igienico-dietetică, sau cu un tratament desensibilizant pentru a pune în evidență asociația optimă a momentelor terapeutice.

În fine, la alți cavitari s-a aplicat un tratament complex, însă într-o înlănțuire variată a momentelor terapeutice, pentru a putea pune în evidență succesiunea cea mai bună.

S-a dat o atenție deosebită proceselor cavitare care s-au dovedit a fi refractare la orice fel de tratament conservator, pentru a stabili poziția exerezei segmentare în cadrul tratamentului complex al tuberculozei cavitare.

Constatări.

Cercetînd rezultatele imediate și tardive obținute prin aplicarea unor cantități suficiente de diverse antibiotice, constatăm așa după cum rezultă și din tabelul Nr. I, că rezultatele bune nu întrec proporția de 20% din totalul cavitarelor tratați. În următorii 2—5 ani, 50% din cazurile bune recidivează „in situ”, scăzînd astfel la 10% proporția cazurilor vindecate, ceea ce abia întrece valoarea vindecării spontane a proceselor cavitare.

Antibioticele s-au dovedit a fi însă de o valoare neegală în ceea ce privește eficacitatea lor în tuberculoza cavitară. Hidrazida izonicotinică dă cel mai ridicat procent de vindecare (27%) și cel mai mic procent de recidive tardive (30%). Am mai constatat că eficacitatea antibioticelor sporește aproape la dublu atunci cînd se aplică în asociație cu hidrazida izonicotinică (41%). Nu se poate spune același lucru despre asociațiile streptomicinei cu acid paraamino-salicilic sau tebezon. Proporția vindecărilor obținute prin asocierea hidrazidei cu acid paraamino-salicilic, sau a hidrazidei cu streptomycină este aproape identică. De aceea credem că într-o primă etapă trebuie utilizată combinația hidrazidei cu acid paraamino-salicilic, urmînd ca streptomicina să se pas-

treze ca o rezervă terapeutică pentru protecția unei eventuale colapsoterapii medicale sau chirurgicale.

Tabel Nr. I.
sintetizînd rezultatele imediate și tardive ale tratamentului antibacterian în tuberculoza cavitară.

Nr. crt.	Antibioticul utilizat	Cantitatea administrată	Cazuri tratate	Rezultate bune imediate	Rezultate bune tardive
1.	Hidrazida J. N.	20—60 g	44	27%	20%
2.	Streptomicină	80—120 g	101	18%	12%
3.	Ac. paraamino-salicilic	0,5—2 kg	16	12%	—
4.	Thiosemicarbonă	10—30 g	12	—	—
5.	HJN și streptomicină	20—60 g			
		60—80 g	12	41%	33%
6.	Hidrazidă și P.A.S.	20—60 g	12	34%	25%
		0,5—1,5 kg			
7.	Streptomicină și P.A.S.	120 g			
		1,5 kg	49	18%	14%
T O T A L :			246	20%	10%

Am mai constatat așa cum rezultă din tabelul Nr. II. că nu toate procesele cavitare beneficiază într-o egală măsură de pe urma tratamentului cu antibiotice. Procesele fibro-cavitare și cazeo-cavitare nu răspund favorabil la tratamentul antibacterian independent. O formă deosebit de rezistentă este cavernula staționară, rezultînd de pe urma excavarii proceselor apico-nodulare. Caverna elastică de tip precoce este în schimb susceptibilă chimioterapiei.

Tabel Nr. II.

Corelația dintre forma anatomo-clinică a procesului cavitărilor și eficacitatea de durată a tratam. antibiotic (Streptomicină, P.A.S.).

Nr. crt.	Felul procesului cavitărilor	Cazuri tratate	Rezultate bune imediate	După 3 ani
1.	Procese cavitare „precoce”	20	30%	20%
2.	Procesele ulcero-fibroase și reziduale	12	16%	8%
3.	Procese cazeo-cavitare	8	—	—
4.	Procese ulceronodulare „staționare”	9	10%	10%
T O T A L :		49	18%	14%

Analizînd importanța aplicării precoce a tratamentului antibacterian, constatăm în cazurile tratate de noi că aplicarea chimioterapiei în primele 6 luni de la apariția procesului cavitărilor, poate duce la o vindecare durabilă în 58% a cazurilor în timp ce după această perioadă rezultatele devin din ce în ce mai rele.

Tabel Nr. III.

Corelația dintre vîrsta procesului și eficacitatea tratamentului antibacterian.

Nr. crt.	Vîrsta procesului cavitărilor	Nrul bolnavilor tratați	Proport. de rezult. bune imediate	Proportia după 2 ani
1.	Între 0 și 6 luni	12	58%	58%
2.	Între 6 și 12 luni	8	25%	25%
3.	Între 1 și 6 ani	24	12%	—
T O T A L :		—	27%	20%

Această deosebită eficacitate a tratamentului antibacterian aplicat precoce, a ridicat problema renunțării, în cazurile cu răspuns favorabil, la colapsoterapia medicală. Noi am constatat la cazurile noastre după cum rezultă și din tabelul Nr. IV. că această renunțare este nemotivată, deoarece după 2 ani, jumătate din cazurile vindecate recidivează „in situ”. În schimb loturile noastre care au urmat un tratament combinat de antibiotic cu colapsoterapie medicală sau chirurgicală în același interval de timp au dat un număr mult mai important de vindecări (92%) și nici o recidivă. Totuși credem că în fața unui caz vindecat prin antibiotice, putem să temporizăm intervenția chirurgicală mai ales atunci, când transformările morfologice observate sub influența tratamentului antibacterian par să asigure o vindecare durabilă (rapida involuție a cavernei, normalizarea bronșiei de drenaj și cicatrizarea stelată) a procesului.

Tabel Nr. IV.

Frecvența recidivelor tardive în raport cu asocierea antibioticelor cu o colapsoterapie.

Felul tratamentului	Cazuri tratate	Frecv. recid. in situ după 2 ani
Cavitari tratați cu diferite antibiotice	246	50%
Cazuri cavitare tratate cu hidrazidă și colapsoterapie	34	—

Importanța curei igienico-dietetice a fost scoasă în relief la lotul de bolnavi analizat în tabelul Nr. V. care ne relatează despre o proporție de 4 ori mai mare de recidive „in situ” atunci când chimioterapia a fost aplicată în mod ambulator, față de loturile spitalizate pe cel puțin 6 luni.

În ce privește terapia antibacteriană aplicată ca tratament independent, pe cale endobronșică, în combinație cu aspirația endobronșică sistematică, cercetările noastre nu sînt încă terminate. Pe baza rezultatelor noastre de pînă acum putem afirma că se pot obține și prin acest procedeu vindecări durabile în anumite forme ale tuberculozei cavitare într-o proporție mai ridicată de cazuri decît prin administrarea antibioticelor pe cale generală, iar în combinație cu o colapsoterapie se lărgeste sfera de indicație și scad riscurile acesteia.

Am avut nenumărate ocazii să ne convingem de importanța asocierii în cadrul unui tratament complex a chimio- și colapso-terapiei cu terapia stimuloare și desensibilizantă. Prima am aplicat-o sub formă de vitamino-hormono- și fermento-terapie. Principala substanță a tratamentului desensibilizant este bromul. Indicația de bromoterapie se poate pune fie pe baza cercetării tipului de reactivitate nervoasă, fie pe baza determinării reactivității galvano-cutanate. Nu trebuie neglijat rolul desensibilizant al repausului, al calciterapiei și al antigeno-terapiei.

Tabel Nr. V.

Rolul curei igienico-dietetice în întărirea acțiunii antibioticelor.

Nr. crt.	Felul tratamentului	Cazuri tratate	Procentul recidivelor tardive
1.	Antibiotice aplicate ambulator	60	48%
2.	Antibiotice aplicate pe lingă o spitalizare de 6 luni.	99	13%

Văzînd deosebita eficacitate a tratamentului complex, urmează să se studieze ordinea în care să se aplice momentele terapeutice și pentru a găsi succesiunea optimă.

Am constatat, că administrarea antibioticelor înainte de aplicarea unei colapsoterapii este de două ori mai eficace decît aplicarea lor ulterioară. Ca lot de cercetare ne-au servit cazurile tratate cu hidrazidă izo-nicotinică și sintetizate în tabelul Nr. VI. Se pare că prezența unei colapsoterapii proaspete inhibă acțiunea antibioticului prin dezvoltarea rapidă a rezistenței microbiene determinată de slaba circulațiune pulmonară. Același lucru putem să-l spunem și despre aplicarea prealabilă a tratamentului endobronșic. Acestea ne-au determinat să începem tratamentul tuberculozei cavitare cu administrare de PAS asociat cu hidrazidă izo-nicotinică urmată de instituirea unei colapsoterapii din a 4-a săptămîină a tratamentului antimicrobian. În schimb, tratamentul antibiotic nu poate înlocui, în cazurile de colaps incomplet, intervențiile de corectură. (op. lui Iacobescu).

Existența unor forme cavitare rezistente tratamentului complex, în ciuda bunei stări imuno-biologice a pacientului, justifică necesitatea exerezelor segmentare. Cu cît într-o țară e mai frecventă această formă staționară de cavernă, cu atît e mai justificată rîspîndirea chirurgiei de extirpație.

Tabel Nr. VI.

Corelația dintre succesiunea și eficacitatea tratamentului complex (Lot tratat cu H.J.N)

Nr crt.	Felul succesiunii	Cazuri tratate	Procentul rezultatelor bune imediate	După 2 ani
1.	Antibiotice aplicate cu 1—2 luni înainte colapsoterapiei	13	92%	identic
2.	Antibiotice aplicate după colapsoterapie.	21	48%	identic
T O T A L :		34	65%	identic

Concluzii.

1. Succesul maximal în terapia tuberculozei cavitare poate fi obținut numai printr-un tratament complex antibacterian asociat, colapsoterapeutic, stimulator și desensibilizant.
2. Tratamentul antimicrobian asociat trebuie să precede colapsoterapia. Este preferabilă asocierea hidrazidei izo-nicotinică cu PAS sau tebezon.
3. Nu este avantajoasă asocierea streptomicinei cu hidrazidă avînd în vedere necesitatea păstrării acesteia din urmă ca rezervă terapeutică.
4. Ori cîtă eficacitate ar avea tratamentul antimicrobian în unele forme cavitare, nu trebuie să se renunțe decît în mod excepțional la colapsoterapia medicală. În schimb se poate temporiza colapsoterapia chirurgicală.
5. Baza oricărui tratament este cel igienic-dietetic.
6. Tratamentul antimicrobian administrat pe cale endobronșică în combinație cu aspirații endocavitare este o prețioasă parie constitutivă a tratamentului complex.
7. În formele strict limitate, rezistente la tratamentul complex și în fața imposibilității de a institui o colapsoterapie medicală, printre procedeele de tratament chirurgical, se va avea în vedere și exereza segmentară.