

HEMORAGIE SPONTANĂ TARDIVĂ DIN PERETELE TORACIC DUPĂ FEREASTRĂ PLEURALĂ PENTRU EMPIEM

PETRE VLAH-HOREA BOȚIANU¹, ALEXANDRU MIHAIL BOȚIANU²

^{1,2}Universitatea de Medicină și Farmacie din Tîrgu-Mureș

Cuvinte cheie: hemoragie spontană, perete toracic, fereastră pleurală
Rezumat: Prezentăm un pacient de 47 de ani trimis în unitatea noastră pentru un empiem pleural ce nu a răspuns la tratamentul antibiotic și drenaj, la care s-a efectuat o toracomoplastie. Datorită recidivei empiemului am efectuat o fereastră pleurală tip Eloesser modificată (open thoracic window) prin redeschiderea plăgii. Pacientul a fost externat cu o plagă curată și în curs de granulare, cu epitelizare și retracție evidentă. După 6 ani a fost reinternat de urgență pentru o sângerare activă dintr-o arteră de mici dimensiuni din zona de granulație și epitelizare secundară, care a necesitat hemostază locală de urgență și transfuzie.

Keywords: spontaneous bleeding, chest wall, open thoracic window

Abstract: We report a 47-year-old male referred to our unit for a pleural empyema, with no response to antibiotic treatment and drainage, who underwent a thoracomyoplasty. Due to the recurrence of the empyema we have performed a modified open thoracic window (OTW) through re-opening of the operative wound. The patient was discharged with a clean and granulating wound, with obvious retraction and reepithelisation. 6 years later he was readmitted for an active bleeding from a small artery arising from the granulation and secondary epithelisation area, which required emergency local hemostasis and blood transfusion.

INTRODUCERE

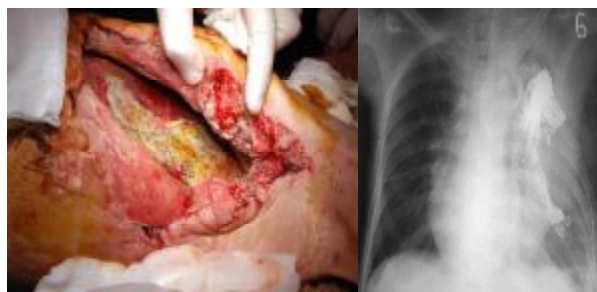
Sângerarea non-traumatică de la nivelul peretelui toracic a fost raportată în diferite circumstanțe cum ar fi leziuni tumorale (1,2), fistule arterio-venoase (3), infecții cronice (4), prezența unor materiale străine (5), tratament anticoagulant (6) în câteva prezentări de caz, fără să existe serii mari publicate în literatura disponibilă. Prezentăm un caz rar de hemoragie externă spontană ce a apărut foarte tardiv (6 ani) după efectuarea unei ferestre pleurale tip Eloesser (open thoracic window) pentru empiem pleural.

CAZ CLINIC

Un pacient de 47 de ani a fost trimis inițial în unitatea noastră pentru un empiem pleural ce nu a răspuns la tratament antibiotic cu spectru larg și drenaj pleural timp de 2 luni. Culturile pleurale au identificat Klebsiella și Streptococcus. Culturile din spută și lichidul pleural, precum și biopsiile pleurale au fost negative pentru tuberculoză; testele sanguine erau pozitive pentru sifilis, pacientul primind tratament specific. Datorită lipsei reexpansiunii plămânului, am fost nevoiți să efectuăm o toracomoplastie – rezecția topografică a 5 coaste asociată cu transpoziția intratoracică de dințat anterior și mare dorsal, obiectivul fiind acela de a obține o obliterare completă a spațiului pleural infectat.(7)

Evoluția postoperatorie a fost complicată de o recidivă a empiemului, pentru care am efectuat o fereastră pleurală tip Eloesser modificată, prin simpla redeschidere a plăgii, fără a efectua o rezecție costală suplimentară (figura nr. 1). Plaga a fost toaletată și pansată zilnic, până la dispariția infecției active.

Figura nr. 1. Aspect la 3 zile după efectuarea unei ferestre pleurale Eloesser pentru recidiva empiemului. Opacitatea de pe radiografia toracică este dată de o compresă îmbibată în iodoform (dreapta)



Pentru un aspect cosmetic mai bun și pentru a accelera vindecarea am propus acoperirea plăgii cu un lambou musculocutanat de drept abdominal, însă pacientul a refuzat orice altă intervenție chirurgicală. Pacientul a fost externat după 12 săptămâni cu o plagă curată, cu reepitelizare și retracție evidentă. Ulterior, pacientul și-a reluat activitățile normale, inclusiv muncă fizică intensă.

După 6 ani, pacientul a fost trimis de urgență în unitatea noastră pentru o sângerare activă de la nivelul peretelui toracic ce nu a putut fi controlată prin compresie la nivelul unității locale de urgență. Am găsit o sângerare activă dintr-o mică arteră superficială din zona de granulație și reepitelizare; hemostaza s-a obținut cu ajutorul a două fire tardiv resorbabile plasate în "X" (figura nr. 2). Pentru a corecta anemia (Hb 8.6 g/dl la internare) a fost necesară administrarea a 800 ml de sânge; testele de coagulare standard au fost normale.

¹Autor corespondent: Alexandru-Mihail Boțianu, Str. Gheorghe Marinescu, Nr. 66/1, 540139 Tîrgu-Mureș, România, E-mail: botianu_alexandru@yahoo.com

Articol intrat în redacție în 22.08.2013 și acceptat spre publicare în 28.10.2013
 ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2013;2(4):73-74

ASPECTE CLINICE

Figura nr. 2. Sursa sângerării – o mică arteră localizată în zona de granulație și epitelizare secundară deasupra parenchimului pulmonar, în absența unei fistule bronșice. De remarcat pansamentul compresiv ineficient



Pacientul a fost externat după 5 zile, iar în următorul an nu a mai prezentat nici un alt episod de sângerare.

DISCUȚII

Fereastra pleurală a fost popularizată în anii 1930-40' ca o soluție pentru empiemul cronic tuberculos (8), fiind însă rareori practică în zilele noastre. Această procedură implică o rezecție costală limitată cu crearea unei stome permanente între spațiul pleural infectat și exterior, care permite drenajul puroiului și toaleta cavității. Vindecarea completă este posibilă și spontan prin retracție și epitelizarea secundară a plăgii.

Operația este atractivă prin simplitate însă implică un aspect estetic neplăcut și necesită pansamente zilnice pentru o perioadă lungă de timp (luni sau chiar ani). Din aceste motive, operația este astăzi rareori efectuată, în special în cazurile disperate la care alte metode mai puțin mutilante nu sunt posibile sau au eșuat.(9,10) De altfel, în zilele noastre majoritatea infecțiilor intratoracice care necesită tratament chirurgical pot fi rezolvate prin intervenții mai puțin mutilante, chiar și în prezența unor leziuni complicate.(11,12)

Pacientul nostru a prezentat o sângerare semnificativă ce nu a putut fi rezolvată prin simplă compresie locală și care a generat o anemie ce a necesitat transfuzie. Sursa acestei sângerări a fost o mică arteră din zona de granulație și vindecare "per secundam". Datorită plămânului fixat, sângerarea din peretele toracic nu a generat hemotorax așa cum raportează unii autori (13), ci o hemoragie externă care a fost ușor de diagnosticat și de controlat. În plus, datorită localizării superficiale a leziunii, hemostaza nu a fost dificilă din punct de vedere tehnic. În alte cazuri de sângerare spontană de la nivelul peretelui toracic raportate în literatură au fost necesare intervenții mai complexe pentru a obține hemostaza.(2,14,15)

Acest episod hemoragic a apărut în cursul unui episod de activitate fizică intensă, dar fără să existe un traumatism direct. O posibilă explicație pentru această ruptură arterială spontană o constituie întinderea excesivă secundară contracției unor mușchi din vecinătate. Având în vedere etiologia benignă a acestei afecțiuni, prognosticul pe termen lung este favorabil, în ciuda unui risc semnificativ de recidivă a hemoragiei.

CONCLUZII

Acest caz prezintă o cauză rară de sângerare spontană de la nivelul peretelui toracic și ilustrează evoluția dificilă și complicată a pacienților cu fereastră pleurală (16), care pot dezvolta complicații și după ani de zile de la intervenția chirurgicală.

Notă:

Această cercetare a fost finanțată printr-un grant intern de cercetare de către Universitatea de Medicină și Farmacie din Tîrgu-Mureș, România (CIGCS 2012).

REFERINȚE

1. Zhang K, Song J, Xiong W, Li Z, Cao D, Jiang T, Liu W. Massive spontaneous hemorrhage in giant type 1 neurofibromatosis in soft tissue of chest wall. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2012;144(3):e92-3.
2. Chen CY, Chau GY, Yen SH, Hsieh YH, Chao Y, Chi KH et al. Life-threatening haemorrhage from a sternal metastatic hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol Hepatol* 2000;15(6):684-7.
3. Itano H, Lee S, Kulick DM, Iannettoni MD, Williams DM, Orringer MB. Nontraumatic chest wall systemic-to-pulmonary artery fistula. *Ann Thorac Surg* 2005 May;79(5):e29-31.
4. Marinella MA, Harrington GD, Standiford TJ. Empyema necessitans due to *Streptococcus milleri*. *Clin Infect Dis* 1996;23(1):203-4.
5. Sano A, Takeuchi E, Fukami T, Murakawa T, Nakajima J. Erosion bleeding as a late complication of chest wall reconstruction with a Dacron mesh silicone prosthesis. *Thorac Cardiovasc Surg* 2012;60(2):170-1.
6. Bébarová L, Rezáč T, Klos D, Simek M, Neoral C. Chest wall haemorrhage as a complication of anticoagulation treatment - a case study. *Rozhl Chir* 2013;92(2):95-7.
7. Botianu PV, Dobrica AC, Butiurca A, Botianu AM. Complex space-filling procedures for intrathoracic infections - personal experience with 76 consecutive cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 2010;37(2):478-81.
8. Eloesser L. Of an operation for tuberculous empyema. *Ann Thor Surg* 1969; 8:4:355-7.
9. Botianu PVH, Botianu AM, Sin A, et al. Diagnostic and therapeutic difficulties in a case of tuberculous empyema with atypical *Mycobacteria*. *Jurnalul de Chirurgie – Iasi* 2007;3:1:45-51.
10. Miller JI Jr. The history of surgery of empyema, thoracoplasty, Eloesser flap, and muscle flap transposition. *Chest Surg Clinics N Am* 2000;10:1:45-53.
11. Botianu PV, Botianu AM. Thoracomyoplasty in the treatment of empyema: current indications, basic principles, and results. *Pulm Med.* 2012;2012:418514.
12. Botianu PV, Damian V, Ionică S, Lucaci OR, Botianu AM, Botianu AM. Extraperitoneal mobilization of the omentum--analysis of a personal series of 12 patients. *Chirurgia (Bucur)* 2012;107(5):611-5.
13. Rad MG, Mahmodlou R, Mohammadi A, Mladkova N, Noorozinia F. Spontaneous massive hemothorax secondary to chest wall chondrosarcoma: a case report. *Tuberk Toraks* 2011;59(2):168-72.
14. Kaneda H, Saito T, Konobu T, Saito Y. Chest wall bleeding with giant intrathoracic meningocele in neurofibromatosis type 1. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2011;12(2):328-30.
15. Nagao E, Hirakawa M, Soeda H, Tsuruta S, Sakai H, Honda H. Transcatheter arterial embolization for chest wall metastasis of hepatocellular carcinoma. *World J Radiol* 2013; 28:5(2):45-8.
16. Botianu PVH, Sin A, Turcu M et al. Care of the patients with modified Eloesser open thoracic window, *Revista de Medicină și Farmacie - Orvosi és Gyógyszerészeti Szemle (Acta Medica Marisensis)* 2006; 52:2:92-7.