

ROLI I KIRURGJISË NË TUBERKULOZIN E MURIT TORAKAL

FADIL GRADICA, AGRON MENZELXHIU, ALMA CANI, EPAMINONDA FYPE*

Summary

THE ROLE OF SURGERY IN CHEST WALL TUBERCULOSIS

Chest wall tuberculosis is a rare entity and its clinical presentation may resemble a pyogenic abscess or chest wall tumor. The role of surgery in the diagnosis and treatment of chest wall tuberculosis is still controversial. During a 3-year period (2002-2004), six cases with cold abscesses of the chest wall were managed in our clinic. Clinical presentation, diagnostic workup, treatment strategies, and results of medical and surgical treatment were retrospectively reviewed. There were four male and two female patients.

All but one had a fluctuating and abscess-like chest wall mass. Pleura and mediastinal or chest wall lymph nodes were also involved in three patients. Before the debridement and abscess drainage, the diagnosis was not confirmed in any of our patients except one.

All received a four – drug antituberculous regimen for 6-12 months postoperatively and improved clinically and radiologically. Surgical intervention and histological examination are usually necessary for the treatment and to confirm the diagnosis in chest wall tuberculosis. Antituberculous medical treatment and adjunctive surgery are quite effective in the process.

Megjithëse me përdorimin e medikamenteve antituberkulare efektive incidenca e tuberkulozit ka rënie, studimet tregojnë se është akoma i lartë në vendet në zhvillim. Kështu që pulmonet janë objekte kryesore në infeksionin parësor, kurse tuberkulozi ekstrapulmonar është raportuar të jetë 15-20% të të gjithë rasteve me tuberkuloz. Kockat dhe kycet përfshihen rrallë duke zënë vetëm 2% të të gjithë rasteve.

Këto përqindje janë të ngjashme me përqindjen në SHBA. Në një seri studimesh në literaturë për tuberkulozin skeletik, kolona vertebrale (morbus Pott) ka qënë përfshirë në 50% të pacientëve, pelvisi në 15%, artikulacioni koksofemoral dhe femuri në 10%; gjuri dhe tibia në 10%, brinjët në 7% (1).

Tuberkulozi i murit torakal përkufizohet si tuberkulozi i brinjëve, ndërsa abcesi i ftohtë i murit torakal rrallë është përdorur si entitet për të njëjtën patologji (2).

Tuberkulozi është dytësore në metastazat malinje si shkak i dëmtimeve destruktive të brinjëve.

Diagnoza e tuberkulozit të brinjës dhe i absesit të ftohtë të murit torakal është e vështirë.

Me gjithë medikamentet antituberkulare dhe disa procedurave kirurgjikale për trajtimin e tuberkulozit të murit torakal, trajtimi terapeutik optimal është akoma i diskutueshëm(3).

Qëllimi i studimit: është të raportojmë përvojën tonë në pacientë me tuberkuloz të murit

* Dërgoi në Redaksi në Janar 2008, miratoi për botim Nëntor 2008.

Nga SUSM "Shefqet Ndroqi", Shërbimi i Kirurgjisë Torakale, Tiranë.

Adresa për letërkëmbim: Gradica F., SUSM "Shefqet Ndroqi", Shërbimi i Kirurgjisë Torakale, Tiranë.

torakal dhe diskutimi i shenjave klinike, punës diagnostike, si edhe roli i kirurgjisë në trajtimin e kësaj sëmundjeje.

Materiali dhe metoda: Ne ripamë kartelat e 6 pacientëve me tuberkuloz të murit torakal të trajtuar midis viteve 2002-2004.

Vlerësimi përfshin- simptomat dhe shenjat klinike të pacientëve, lokalizimin, shtrirjen, madhësinë e masës së murit torakal si edhe rezultatet e aspirimit të abcesit të murit torakal, ashtu dhe ekzaminimet radiologjike të pacientët, radiografia dhe kompjuter tomografia e kraharorit (CT-skaner torakal). Masa e murit torakal fillimisht është aspiruar.

Në lëngun e aspiruar është bërë ekzaminimi mikrobiologjik dhe citologjik si edhe shikimi i drejtpërdrejtë, i shpejtë i bacilit (acid-fast bacilli AFB).

Në të gjithë pacientët biopsia e indit nuk është bërë në fillim të aspirimit. Nëse nëpërmjet aspirimit nuk është vendosur diagnoza- aspirimi ne kemi operuar pacientët.

Procedura kirurgjikale e realizuar është si më poshtë: drenimi i lëngut, ekscizioni i murit të abcesit, kërkimi i indit anormal rreth abcesit e i trajektit të fistulës nëse është pranishëm dhe i brinjës ose brinjëve të përfshira ose të destruktura.

Diagnoza është vendosur nëse ose çdo kombinim i kushteve të mëposhtme ishin të pranishëm- kazeumi i nekrozës granulomatoze në materialin kirurgjikal ose materialin biptik, identifikimin e bacilit të tuberkulozit me ngjyrimin Erlich-Ziehl-Neelsen, ose rritjen e bacilit në kulturën Lowenstein-Jense.

Rezultatet: Histori të kaluar për tuberkuloz kishim vetëm në tri pacientë. Gjithashtu një pacientë kishte bërë torakomyoplastike të majtë.

Të gjithë pacientët ishin simptomatike janë paraqitur në Tabelën nr.1.

Simptoma prezantuese ishte një masë në murin torakal në të gjitha rastet.

Masa në murin torakal ishte e butë dhe fluktuante në ekzaminimin fizik në 5 pacientë dhe i fortë në 1 pacientë.

Rezultatet diagnostike janë ekspozuar në Tabelën nr.2.

Parenkima pulmonare ne x-ray ishte normal në të gjithë pacientët. Kompjuteri tomografia ishte normal në tri pacientë, nga pikëpamja e parenkimës pulmonare dhe mediastinit.

Por në tri pacientët e tjerë, ishin të pranishëm limfonodulat mediastinale të zmadhuara me një masë 3cm, destruksioni i brinjës dhe nodule pleurale. Në 5 pacientë ishte të pranishme në kompjuter tomografi, kufizimi mirë i masës së indit të butë (cold abces).

Të gjithë pacientët ju nënshtruan kirurgjisë. Procedura kirurgjikale e realizuar ishte- hapja e abcesit, heqja e indeve të devitalizuara të abceduara, drenazhi postkirurgjikal, formimi i fistulës postkirurgjikal.

Të dhënat e rezultateve të pacientëve janë në Tabelën nr.3.

Ne vendosëm një dren të madhësisë së vogël në kavitetin e abcesit në pacientët pas kyrazhit për qëllim drenazhi. Ne hoqëm drenazhin mesatarisht në ditën e pestë (varionte nga 3 deri në 7 ditë). Fistula postkirurgjikale dhe formimi i sinusit ishte observuar në 1 pacient në të cilën trajtimi me antituberkulare nuk ishte administruar menjëherë pas kirurgjisë.

Në 4 javë ajo ishte shëruar pas mjekimit me antituberkulare, i cili filloi pasi mësuam diagnozën patologjike.

Të gjithë pacientët morën terapi me medikamente me antituberkulare, sipas programit DOTS me regjim fillestarë- 4 medikamente për 2 muaj ndjekur pas dy muajsh me 2 medikamente antituberkulare.

Antituberkularët ishin filluar menjëherë pas procedurës kirurgjikale nëse gjetjet operatore ishin të qëndrueshme për tuberkuloz. Antituberkularët konsistojnë në riphampicinë, pyrazinamidë, isoniasid, etambutol si edhe në 2 pacientë streptomycinë në vend të etambutolit.

Trajtimi medical është dhënë për 9 muaj në 3 pacientë, 6 muaj në 2 pacientë dhe 12 muaj në 1 pacientë. Rekurencë të abcesit të ftohtë dhe formim të fistulës nuk ishin vërejtur në ndonjë pacient pas një ndjekje një-vjeçare.

Tabela nr.1 Prezantimi klinik i pacientëve me tuberkuloz të murit torakal

Nr.ras t.	mosh a	Se x M/ F	Flukt uacio ni local.	Dhembje lokale	Erithem a lokale	Diametri (cm)	Zgjatj a në muaj	Lokalizimi
1	27	M	+	+	+	4	1	parasternal
2	45	F	-	+	-	10	2	parasternal
3	40	M	+	+	+	8	1	posterior
4	45	F	-	+	-	10	4	posterior
5	20	M	+	+	-	5	6	posterior
6	25	M	-	+	-	10	3	posterior

Tabela nr.2 Diagnoza në pacientët me tuberkuloz të murit torakal

Nr.rast	Aspirimi fillestare AFBn kulturë		Radiologji x-ray CT		Debridment material AFB Kulturë Histologji		
1	Neg	Neg	Nor	Nor	Neg	Neg	CGN
2	Neg	Neg	mLAP	mLAP	Neg LGC	jo test	CGN,
3	Jo test	jo test	Nor	Nor	Neg CGN,LGC		Poz
4	Neg	Neg	Nor	Nor	Neg CGN,LGC		Neg
5	Neg	Neg	Nor brinje	destr.	Neg	Neg	CGN
6	Poz.	Neg	nodul ple. ple.	nodul	Neg	Neg	CGN

AFB, acid-fast-bacilli; Neg-negative; Poz-positive; mLAP-mediasitinal lympho-adenopathy; Nor-normal; CT-computer tomographi;

CGN-nekroza-caseose-granulomatoze; LGC-qelizat gjigante Langhans.

Tabela nr.3 Trajtimi komplikacionet dhe rezultatet në pacientët me tuberkuloz të murit torakal

Nr. rasteve	Procedura kirurgjikale	Ditët drenazhit Postkirurgjikal	Fistulë postkirurgji kale	Rezultati
1	Kyrazhi gjerë	4	-	mirë
2	Kyrazhi gjerë	3	-	mirë
3	Kyrazhi gjerë	7	+	mirë
4	Kyrazhi gjerë	3	-	mirë
5	Kyrazhi gjerë +RB	6	-	mirë
6	Kyrazhi gjerë	7	-	mirë

Diskutim

Tuberkulozi i murit torakal është i rrallë dhe është akoma një sfidë diagnostike dhe terapeutike. Abcesi i ftohtë mendohet të jetë një fryrje pa inflamacion kjo është karakteristike e prezantimit të tuberkulozit të murit torakal. Abcesi i ftohtë i murit torakal është përgjithësisht solitare, por nuk janë të rralla dhe dëmtimet multiple të tij.

Në një studim me një seri me 18 pacientë (89%) me abces të ftohtë të murit torakal ishin solitare (4). Kurse në studimin e klinikës tonë pesë prej gjashtë pacientë kishin një abces dhe vetëm pjesa mbetëse kishte tri abcese.

Tuberkulozi i murit torakal është prezantuar zakonisht me një masë të dhimbshme. Masa në palpacion është shpesh cistike, ose si masë e butë, dhe mund të jetë fluktuante në ekzaminimin fizik, por nganjëherë mund të jetë e fortë.

Pesë prej pacientëve tanë kishin një abces të butë, kurse në një pacient ishte e fortë. Ndjeshmëria ose eritema mund të jetë e pranishme, por kjo shenjë në fakt është sugjeruese për mbiinfeksionin e abcesit të ftohtë (5).

Dy nga pacientët tanë u prezantuan me eritema dhe ndjeshmëri lokale. Më shumë se në gjysmën e dëmtimeve të tuberkulozit të brinjëve nuk është evidentuar destruksion i brinjës.

Një autor ka raportuar atë në 69% të rasteve me dëmtime të brinjëve (6). Në seritë tona kompjuter tomografia identifikoi përfshirjen e brinjës vetëm në një pacient.

Shoqërimi i masës së butë, me dëmtimet osteolitike dhe sekuestrat në CT-skaner torakal sugjerojnë për tuberkuloz të murit torakal.

Në studimin tonë asnjë pacientë, nuk kishte kaluar histori të tuberkulozit ose tuberkuloz aktiv. Në raportimet e Faure, 83% e pacientëve kishin një histori pozitive të tuberkulozit dhe kishin qënë tuberkuloz pulmonare aktiv në 33% e pacientëve të tyre (5,7).

Në një pacient ishin të pranishëm nodulet pleurale dhe nodulet ishin pozitiv për acid-fast bacilli në biopsinë me age-aspirative.

Nëse ne konsiderojmë pacient me drenim të sinusit cervical, histori si një limfadenit tuberkulare e vjetër dhe përqindja e historisë tuberkulare në serinë tonë duhet të jetë 34% (dy në gjashtë pacientë). Kjo lidhje është variable në seritë e raportuar nga të tjerë dhe varion nga 17.4% deri në 62.5% (8).

Tuberkulozi i murit torakal mund të ndodhë sipas dy mekanizmave (1) deseminimit hematogjen i lidhur me aktivizimin e një fokusi tuberkular të fjetur dhe (2) shtrirjes së drejtpërdrejtë nga një limfadenit në murin torakal.

Burke përshkroi hapat e para të evolucionit të abcesit të ftohtë të murit torakal me qëllim eksperimentimin e tij, projektoi mirë dhe studimin anatomik si më poshtë- bacili i tuberkulozit invadon hapësirën pleurale dhe jep një pleurit lokal ose të gjerë, disa bacile të tuberkulozit transportohen nga hapësira pleurale të limfonodulat parasternale ose (posteriore interkostale) dhe noduset bëhen kazeoze dhe rupturohen, materialet nekrotike dhe kanceroze gërmojnë anteriorisht ose (posteriorisht) nga abcesi i ftohtë në murin torakal (8,9).

Lokalizimi i abcesit në gjashtë pacientët tanë ishte i tillë- në dy pacientë ishte parasternal dhe në katër pacientë në murin posteriore torakal.

Ky rezultat është në përputhje dhe me studimin e Bruke-t, lokalizimet madhore të limfonodulave të murit torakal (8,10).

Madhësia e masës së abcesit të ftohtë të murit torakal ishte 7,8cm (varionte nga 4-10cm) në diametrin më të gjatë në gjashtë pacientët tanë.

Është raportuar më parë 5,4cm (varion 3-10cm).

Drenazhi i sinusit raportohet të ndodhin me frekuencë të madhe, por është raportuar si 25% (11).

Vetëm një pacient ishte prezantuar si drenazh i sinusit. Arsyeja e zhvillimit të sinusit kronik në tuberkulozin e murit torakal mund të jetë fillimi me vonesë i mjekimit me antituberkulare.

Diagnoza e tuberkulozit të murit torakal është bazuar në konfirmimin bakteriologjik dhe histologjik e është vërtetuar në të gjithë rastet me tuberkuloz.

Për vendosjen e diagnozës në fillim është e nevojshme aspirimi me age dhe së dyti të përjashtohet ndonjë diagnozë tjetër e tillë si sëmundje malinje ose infeksion tjetër.

Kjo procedurë mund të ekspozojë dëmtime tuberkuloide ose acid-fast bacilin në ngjyrimin të drejtpërdrejtë ose kulturë. Por citologjia aspirative me age dhe biopsia nuk janë gjithmonë të sigurt dhe të besueshme.

Në seritë tona, diagnoza është bërë në aspirimin fillestar vetëm në një pacient (17%).

Hyrja e nevojshme kirurgjikale në tuberkulozin e murit torakal është e vështirë të

dokumentohet. Siç është parë dhe në gjashtë pacientët e studimit tonë, heqja kirurgjikale e indeve të devitalizuara dhe ekzaminimi histopatologjik i materialit të rezekuar janë shumë të nevojshëm të arrihet një diagnozë. Nga ekzaminimi histologjik është arritur diagnoza në të gjithë pacientët tanë.

Trajtimi i tuberkulozit të murit torakal është akoma i debatueshëm. Këtu janë disa seri që raportojnë me rezultate të mira vetëm me një medikament antibacilare. Por në seri të tjera, absesi nuk ishte kuruar dhe kishte ndodhur rishfaqje ose progresion i tij pavarësisht nga mjekimi medikal adekuat. Në studimin tonë kjo ka ndodhur gjithashtu në një pacient. Absesi i pacientit nuk përmirësoi dhe progresoi megjithëse ai mori antibacilaroterapi për 3 muaj. Ai iu nënshtrua rezeksionit kirurgjikal të brinjës përkatëse në muajin e tretë, pas trajtimit me terapi antituberkulare. Për më tepër trajtimi medikal i vetëm është i pamjaftueshëm dhe kombinimi i kyrazhit të gjerë dhe trajtimi medikal është i rekomandueshëm.

Në një seri studimi me 89 pacientë me absces të ftohtë të murit torakal ishte realizuar ekscizion i absesit të murit torakal në 28%, ekscision i absesit dhe të brinjës në 72% të pacientëve. Rekurrence e kësaj sëmundjeje ishte raportuar në 7.8% (12). Ato rekomandojnë terapi medikale antituberkulare preoperatorë dhe postoperatorë dhe rezeksion komplet i murit torakal të përfshirë në masë si edhe të brinjëve të dyshimta si të përfshira.

Gjithashtu WHO rekomandon regjim standart terapi medikale për 6-muaj, në vartësi nga prezantimi klinik, ngarkesës bacilare, përgjigjes së antibiotikoterapisë dhe trajtimi mund të jetë zgatur deri në 9-12 muaj.

Faure këshillon mbylljen parësore të lëkurës pas ekscizionit të absesit, kjo nuk lejon formimin e sinusit kronik (5,12).

Vendosëm një kateter të vogël për drenazh që e kemi hequr pas disa ditësh. Vetëm në një pacient kishte formim sinusi. Kështu që mund të përdoret një dren pas ekscizionit dhe kyrazhit të absesit të murit torakal. Arsye kryesore e suksesit për moszhvillim të sinus drenazhit është fillimi sa më herët i terapisë me antituberkulare.

Kontrolli i sëmundjes mund të jetë i mundur vetëm me terapi me medikamente antituberkulare. Tuberkulozi i murit torakal manifestohet me absces të ftohtë me ose pa përfshirje të brinjëve.

Biopsia aspirative fillestare është zakonisht e nevojshme për dy arsye: 1) të vendosë diagnozën dhe 2) të përjashtojë sëmundjet malinje apo ndonjë infeksion tjetër. Nëse dështon aspirimi fillestarë, diagnoza mund të vendoset me kyrazhin e gjerë dhe ekzaminimin histologjik të materialit dhe kjo procedurë ndihmon në trajtimin e tuberkulozit të murit torakal.

Besojmë që kyrazhi i gjerë ose rezeksioni kirurgjikal i kombinuar me terapinë antituberkulare është e nevojshme për trajtimin efektiv të tuberkulozit të murit torakal.

BIBLIOGRAFIA

1. Iseman MD.: Extrapulmonary tuberculosis in adult. In: Iseman MD, editor. Clinician's Guide to tuberculosis. Philadelphia: Lippincot; 2000. pg.145-97.
2. Ozkara S., Kilicaslan Z., Ozturk F., Seymenoglu S., Erdokan AR, Tellioglu C., Kosan AA, Kaya B., Kocoglu F., Kibaroglu E.: Tuberculosis in Turkey with regional data. *Torax dergisi* 2002;3;178-87.
3. Bloch AB, Rieder HL, Kelly GD, Cauthen GM, Hayden CH, Snider DE.: The epidemiology of tuberculosis in the United States. *Semin Respir Infect* 1989; 4:157-70.
4. Tatelman M, Drouillard EJP: Tuberculosis of the ribs. *Am J Roentgenol* 1953; 70:923-35.
5. Faure E., Souilamas R., Riquet M., Chehab A., Le Pimpec- Barthes F., Manac'h D., Debesse B.: Cold abscesses of the chest wall: A

- surgical entity? *Ann Thorac Surg* 1998; 66:1174-8.
6. **Lee G., Im JG, Kim JS, Kang HS, Han MC.:** Tuberculosis of the ribs. *J Comput Assist Tomogr* 1993;17:363-6.
 7. **Khail A., Le Breton C., Tassart M., Korzekc J., Bigot J., Carette M.:** Utility of CT scan for the diagnosis of the chest wall tuberculosis. *Eur Radiol* 1999;9: 1638-42.
 8. **Burke HE:** The pathogenesis of certain forms of extrapulmonary tuberculosis: Spontaneous cold abscesses of chest wall and Pott's disease. *Am Rev Tuberc* 1950; 62:48-67.
 9. **Wiebe ER, Elwood RK.:** Tuberculosis of the ribs – a report of three cases. *Respir Med* 1991;85:251-3.
 10. **Hsu HS, Wang LS, WU YC, Fahn HJ, Huang MH.:** Management of primary chest wall tuberculosis. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 29:119-23.
 11. **Paik HC, Chung KY, Kang JH, Maeng DH:** Surgical treatment of tuberculous cold abscess of the chest wall. *Yonsei Med J* 2002;43:309-14.
 12. **WHO Stop TB Department,** Strategy and framework for effective tuberculosis control. Treatment of tuberculosis; Guidelines for national programs. Geneva: World Health Organization; 2003. p.17-20.