

Komentarz

Metoda Nussa w leczeniu deformacji asymetrycznych i mieszanych klatki piersiowej

dr med. Joachim Buchwald
Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej
Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Rabce Zdroju



Klatka piersiowa lejkwata (łac. *pectus excavatum*), zwana też klatką szewską, jest zdecydowanie najczęściej spotykaną deformacją przedniej ściany klatki piersiowej w postaci zagłębienia mostka. Mają one różny charakter, od prostych symetrycznych po postacie złożone asymetryczne. Dotąd nie ma w piśmiennictwie jednoznacznej oceny wpływu patologicznego zagłębienia na funkcje życiowe w zakresie układu oddechowego i krążeniowego. Ogólnie wydaje się, że zmniejszenie wymiaru przednio-tylnego klatki piersiowej powinno ograniczyć wspomniane funkcje, co nie zawsze znajduje potwierdzenie w badaniach klinicznych. Oznacza to, że sama patologia nie jest jeszcze do końca zrozumiana. Jedynie prawidłowe rozpoznanie nie budzi wątpliwości.

Niezależnie od stopnia zniekształcenia sama obecność wady obniża jakość życia i jest wskazaniem do jedynej możliwej korekty, jaką jest leczenie operacyjne. Stosowane techniki operacyjne mają bogatą historię z licznymi mody-

fikacjami. Każda z nich zmierza do zapewnienia stabilizacji przerwanej operacyjnie ciągłości struktur szkieletu chrzęstno-kostnego przedniej ściany klatki piersiowej.

W poszukiwaniu skutecznych metod przywrócenia prawidłowego kształtu przedniej ściany klatki piersiowej za bazę przyjęto technikę operacyjną zapoczątkowaną przez Ravitcha w początkach ubiegłego wieku, a uznaną nawet za „złoty standard”, z czym nie zgadzają się autorzy artykułu. Pod koniec XX w. triumf święci małoinwazyjna metoda operacji klatki piersiowej lejkwatej opracowana i zapoczątkowana przez Nussa.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że autorzy komentowanego artykułu to pionierzy we wdrożeniu tej nowatorskiej metody w naszym kraju.

Według mojego rozeznania, większość naszych ośrodków torakochirurgicznych gościło prof. J. Dzielickiego bądź też odwiedzali jego macierzysty oddział, ucząc się nowej techniki. Zbiór coraz to nowych doświadczeń staje się płaszczyzną do ich wymiany. Chirurdzy urzeczeni nową metodą w wymianie własnych doświadczeń podkreślają jej zalety, przy czym na plan pierwszy wysuwa się rezygnacja z rozle-

głych dotychczasowych cięć operacyjnych z jednoczesnym wyeliminowaniem resekcji struktur chrzęstno-kostnych przedniej ściany klatki piersiowej. Skracza to czas operacji i hospitalizacji, a niewielka liczba powikłań śród- i pooperacyjnych utwierdza poszczególne zespoły chirurgiczne co do celowości postępowania.

Wysiłki zmierzające do rzeczywistej oceny wyników chirurgicznej korekty zniekształceń przedniej ściany klatki piersiowej są, niestety, ograniczone niemożnością przeprowadzenia badań z randomizacją. Zastępują je statystyczne porównania między czasem trwania operacji sposobem Ravitcha i Nussa, pomiarami bólu pooperacyjnego i satysfakcji chorego aż po koszty każdej z nich. W porównaniach samej metody małoinwazyjnej dochodzi pomiar upływu czasu od momentu wprowadzenia metalowego implantu do czasu jego usunięcia. Coraz częściej, podobnie jak czynią to autorzy artykułu, wymienia się trudności związane z usunięciem metalowych płytek stabilizujących zmienioną strukturę przedniej ściany klatki piersiowej [1, 2].

Nie można zgodzić się z poglądem autorów, jakoby kształt klatki piersiowej po torakoplastyce metodą Ravitcha jest nieprzewidywalny, ponieważ przedstawione metody oceny wyników leczenia operacyjnego nie mają podstaw empirycznych do takowych stwierdzeń, a jedno z poważniejszych powikłań w postaci nawrotu wady zdarza się w każdej z dotychczas stosowanych sposobów operacji.

Bardzo ważne dla czytelnika są przedstawione rezultaty operacji dużej grupy chorych (108 osób operowanych w jednym ośrodku) zakwalifikowanych do grupy zniekształceń asymetrycznych i mieszanych. Nie rezygnując z protokołu D. Nussa, autorzy wprowadzają modyfikacje zaczerpnięte z techniki operacyjnej Ravitcha. Są nimi resekcje zdeformowanych chrząstek i rotacja mostka poprzez dodatkowe klinowe wcięcie. Świadczy to przede wszystkim o potrzebie elastycznego i umiejętnego wykorzystania wcześniejszych doświadczeń chirurgicznych w celu uzyskania pożądaných rezultatów. Nieodparcie nasuwa się postulat, aby poszukując najbardziej efektywnych i bezpiecznych metod operacji zniekształceń przedniej ściany klatki piersiowej, nie eliminować metod wcześniej uznanych i na ich bazie opracowywać najkorzystniejsze rozwiązania operacyjne, zmierzające do pełnej satysfakcji operowanego w jak najkrótszym czasie od operacji [3].

Piśmiennictwo

1. Nasr A, Fecteau A, Wales PW. Comparison of the Nuss and the Ravitch procedure for pectus excavatum repair: a meta-analysis. *J Pediatr Surg* 2010; 45: 880-886.
2. Davis JT, Weinstein S. Repair of the pectus deformity: results of the Ravitch approach in the current era. *Ann Thorac Surg* 2004; 78: 421-426.
3. Antonoff MB, Erickson AE, Hess DJ, Acton RD, Saltzman DA. When patients choose: comparison of Nuss, Ravitch, and Leonard procedures for primary repair of pectus excavatum. *J Pediatr Surg* 2009; 44: 1113-1118.