616-002.771:616.36

POSTIŽENÍ JATER PŘI AKUTNÍ ATACE REVMATICKÉ HOREČKY

Plukovník MUDr. Jan HAUER a major MUDr. Václav POLOMIS
Ústřední vojenská nemocnice v Praze

(Předneseno na celoarmádním sjezdu vojenských internistů v Bratislavě 29. a 30. září 1958)

Podle soudobého pojetí je revmatická horečka chorobou mesenchymu celého organismu. Jsou tedy chorobným procesem postiženy nejen orgány, o kterých je to dávno známo (srdce a klouby), nýbrž i řada orgánů, ve kterých je sice poškození revmatickou horečkou přítomno, avšak ustupuje ve svých klinických příznacích do pozadí, jeho povaha je mnohdy málo známa a je přehlíženo nebo zanedbáváno. Takovým orgánem jsou mezi jinými také játra.

V dostupném písemnictví je dosti zpráv o poškození jater při zánětlivém revmatismu chronickém (Kalk-4, Gamp, Gross a spol. – 2, Löwgren, Lefkovits-5), avšak jen velmi málo sdělení o jaterních lésích při revmatické horečce. Tak např. Schmengler (7) popisuje při febris revmatica histologické nálezy nekros jaterního parenchymu, zduření Kuppferových hvězdicovitých buněk a ojediněle i „pravých revmatických granulomů".

Vzali jsme si za úkol sledovat klinicky, laboratorně, případně i laparoskopicky a biopticky projevy poškození jater při revmatické horečce. V posledním půlroce jsme léčili na II. vnitřním odd. Ústřední vojenské nemocnice 30 nemocných akutním hostcem; z nich mělo 11 klinické projevy současného postižení jater (tj. zvětšená, někdy i citlivá játra, zvětšenou slezinu, subikterus apod.), 5 nemocných mělo jen positivní tzv. jaterní testy anebo jen nález urobilinogenu v moči (jsme si vědomi, že obě tyto laboratorní známky nemusí při revmatické horečce samy o sobě znamenat poškození jater); bez klinických i laboratorních projevů poškození jater bylo 14 našich nemocných, tj. 46,6 %. U 2 z 11 nemocných s klinickými projevy poškození jater bylo možno zvětšení jater přičíst také na vrub oběhové dekompensaci při opakované atace revmatické horečky a chlopenní vadě; po protirevmatické a kardiotonické léčbě se játra zmenšila do normální velikosti.

U jiných 4 nemocných z uvedených 11, kteří měli známky postižení jater při akutní revmatické horečce, jsme provedli laparoskopická vyšetření s pokusy o cílenou biopsii jater. Laparoskopická vyšetření nám s velikou ochotou a laskavostí umožnil provést na svém oddělení primář dr. O. Soušek v Motole, který také zhodnotil laparoskopické nálezy a přehlédl rukopis.

Kasuistika

1. Vojín F. H., nar. 1938, dg: II. ataka revmatické horečky bez zjistitelného postižení myokardu a srdečních chlopní, tedy také bez projevů jaterního městnání. Anamnesticky neudává hepatitidu ani jiné onemocnění, které by bylo možno ex post za hepatitidu považovat. V průběhu akutní ataky revmatické horečky byla játra hmatná v mcl. č. 2 prsty pod žeberním obloukem tužší, nebolestivá, výška jaterního ztemnění byla 15 cm; slezina byla na výši vdechu hmatná 2 cm pod levým žeber. obloukem, horní poklepová hranice na 8. žebru, konsistence tuhá. Laboratorně: FW 114/120, Weltman 4 j., jaterní testy a elektroforesa krev. bílkovin byly opakovaně normální. Laparoskopie: játra zvětšena, přesahují o 2—3 prsty pravý žeberní oblouk. Povrch se zdá při pohledu z větší vzdálenosti zcela hladký, barva sytější červená. Okraj je tenký, ostrý, hladký. Při pohledu zblízka se ukazuje zřetelně zmnožení pojiva pouzdra, které vytváří dlouhé, jemné proužky, ohraničující v protáhlých obdélnících červenější strukturu jaterní tkáně. Slezina je zvětšena, na dolním pólu je perisplenické ztluštění pouzdra. Pokus o biopsii se ze dvou vpichů nezdařil; přes dobré zavedení byly obě aspirace negativní. Závěr laparoskopického nálezu: hepatomegalie se známkami zvýšené fibrotické reakce, která je patrna i na zvětšené slezině. U tohoto nemocného byla provedena také splenoportografie, jejíž závěr zněl: podezření na hepatitis chronica s převahou zánětlivých změn (byly naplněny jen venosní větve střelních řádů, které byly lehce defigurovány, kdežto větve nižších řádů se kontrastní látkou neplnily.) Po léčení kortikosteroidy ruku v ruce s ústupem aktivity revmatické choroby se také zmenšila i změkčila játra i slezina na téměř normální velikost i konsistenci.

2. Vojín V. K., nar. 1938, dg: provleklá I. ataka revmatické horečky s přechodnými známkami mitrální valvulitidy a revmatické myokarditidy. Tento nemocný měl v anamnese v 10 letech infekční žloutenku. Na výši aktivity ataky revmatické horečky přesahovala játra pravý žeberní oblouk, ztemnění jaterní mělo výšku 14 cm, konsistence tužší; slezina nebyla zvětšena. Nebylo známek oběhové nedostatečnosti. Laboratorní zkoušky: FW 85/113, Weltman 3 j. Jaterní testy: bilirubin 0,98, přímá reakce negat., TZR 2,00 j. Kefalin-cholesterol positivní na +, zlatosol negativní; elektroforesa krevních bílkovin: snížení albuminů na 43,5, relat. zvýšení globulinů na 24,0; kvocient A/G = 0,78. Transaminasa G-0 200 j. Laparoskopie ukázala zřetelně zvětšena játra, sytěji červené barvy, hladkého, lesklého povrchu s dobře viditelnou mosaikovou strukturou jaterní tkáně. V místě incisury žlučníku byla krátká polokruhovitá, proximálně konvexní jizva, nebo snad pouhé ztluštění okraje jater v místě incisury, která se pro zvětšení jater nerozevírala. Slezina nebyla viditelná. U tohoto nemocného úmyslně nebyl učiněn pokus o cílenou biopsii jater.

Po protirevmatické léčbě Natrium-gentisátem a sérií infusí ACTH se kromě úpravy celkového stavu i výsledků labor. zkoušek (FW/6/12, Weltman 7 j.), zmenšila játra: při propuštění pouze narážela na výši inspiria pod pr. žeber. obloukem; jaterní testy byly nyní už opakovaně normální, kvocient A/G při elektroforese byl 1,38 a G-0 transaminasa poklesla na 20 j.

3. Vojín J. Ch., nar. 1935, dg: I. ataka revmatické horečky s přechodným nálezem pleuroperikardiálního třecího šelestu. Anamnesticky kromě angín nestonal, neměl hepatitidu ani onemocnění, které by bylo možno ex post za hepatitidu považovat. Na výši ataky revmatické horečky měl FW 100/110, Weltman 4 j., difenylaminový test 600 a jen 1 den zachytitelný pleuroperikardiální třecí šelest. Játra přesahovala o 3 prsty pr. žeberní oblouk, okraj byl oblý, nebolestivý, konsistence tužší. Slezina nebyla zvětšena. Jaterní testy byly opakovaně negativní, rovněž papírová elektroforesa krevních bílkovin.

Laparoskopie: játra zvětšena, přesahují o 2—3 prsty oblouk žeberní vpravo i vlevo. Levý lalok je sytěji červený, lesklý, jemná struktura povrchu je při pohledu zblízka rozmazaná. Nad okrajem je lehce fibrotická perihepatická reakce. Pravý lalok je bledě růžový, povrch je zřetelně nepravidelně nerovný, avšak bez typických precirhotických nebo cirhotických změn;

zesílená kresba pouzdra dělá dojem šedorůžové barvy. Před žlučníkem běží od střední čáry směrem laterálně vpravo pás jemných adhesí. Slezina není viditelná. Při pokusu o cílenou biopsii Vim-Silvermanovou jehlou i Souškovým typem jehly nebyla získána žádná positivní aspirace. Játra při vpichu výrazně tuhá. I u tohoto nemocného se po protirevmatické steroidní terapii (prednisonem) rychle upravil celkový stav (FW 4/10, Weltman 7 j.,) a játra se zmenšila tak, že při propuštění narážela jen při max. vdechu pod žeberním obloukem.

4. Vojín B. Ch., nar. 1937, dg: II. ataka revmatické horečky s myokarditidou, mitrální nemoc s převahou stenosy. Kromě častých angín a I. ataky revmatické horečky r. 1953 nestonal, neměl hepatitidu ani onemocnění, které by bylo možno ex post za hepatitidu považovat. Na výši ataky byla FW 55/70, Weltman 3 j., mukoproteinový tyrosin 8,2 mg %; v téže době játra přesahovala pravý žeberní oblouk o 2 prsty, výška jaterního ztemnění byla 12 cm, pohmat nebolestivý, konsistence snad o něco tužší. Slezina nebyla zvětšena. Jaterní testy: celk. bilirubin 0,61 mg %, přímá reakce negativní. Takatova reakce + –, TZR 1,75, kefalincholesterol negativní, zlatosol 1; elektroforesa krevních bílkovin v mezích normy. Laparoskopie: játra vpravo zřetelněji (2 prsty pod oblouk), vlevo lehce zvětšena, barvy sytěji červené, zvýšeného lesku povrchu. Zblízka je rozmazána kresba mosaikovité struktury políček – převládají políčka červená. Na obou lalocích drobné perihepatické proužky mléčně zbarvené (fibrinosní), které vlevo splývají v souvislý úzký pruh. Slezina výrazně zvětšena, dolní pól je bělavě zbarvený při jasné perisplenické reakci s drobnými pruhy tukové tkáně. Pokus o biopsii ze 2 vpichů z levého laloku se nezdařil. Po protirevmatické léčbě Cortrophinem Z a Natr. gentisátem se i u tohoto nemocného upravil celkový stav (FW 6/15, Weltman 7 j., mukoproteinový tyrosin 3,38 mg %) a současně se zmenšila i velikost jater (při propuštění játra narážela jen na výši inspiria pod žeberním obloukem), jaterní testy se normalisovaly, elektroforesa zůstala normální.

Rozprava a závěry

Z dosud nepatrného počtu našich pozorování, která uvádíme jako předběžné sdělení, zdá se vyplývat:

1. že poškození jater lze prokázat jen v některých případech akutní ataky revmatické horečky. (To odpovídá i nálezům např. P. G. Mežebovského v Opytu Velké vlastenecké války (6); tento autor našel zvětšení jater toliko v 10,4 % všech případů revmatické horečky a z toho ještě v 0,5 % nebylo zvětšení způsobeno zánětem, nýbrž městnáním při oběhové nedostatečnosti. Mežebovský ovšem posuzoval velikost jater pouze podle přesahování okraje přes oblouk žeberní.)

2. Laparoskopická vyšetření několika našich akutních revmatiků jevila celkem uniformní nález zvětšených červených jater (tedy hepatitidy), ojediněle i zvětšené sleziny a hlavně zesílené kresby jaterního pouzdra až po zřetelné jeho fibrosní ztluštění typu perihepatitidy. Hepatitis a perihepatitis změnila konsistenci povrchu jater natolik, že játra unikala před jehlou v místě vpichu, kde se prohýbala za současného zvedání jaterního okraje, takže pokusy o cílenou biopsii různými typy jehly se opakovaně nezdařily.

Naše nálezy souhlasí s literárními údaji (Trutschel a Frölich – 8, kteří měli nálezy charakteru „subchronické hepatitis a perihepatitis"). Je příznačné, že po účinném léčení akutního hostce – zde většinou steroidy nebo ACTH – se vždy normalisovala velikost i konsistence jater, jakož i jaterní testy, pokud dávaly před léčbou patologické výsledky, se vrátily k normě.

Ústup postižení jater jsme si ovšem nemohli ověřit novou laparoskopií: vždyť bylo dosti obtížno odhodlat se vůbec k laparoskopickému vyšetření u nemocných s revmatickou horečkou a mnohdy s význačnou karditidou, tím spíše, že laparoskopie byly prováděny mimo ÚVN.

Věříme, že tyto těžkosti dostatečně vysvětlují, proč máme zatím tak malý počet takto vyšetřených akutních revmatiků. Nemyslíme však, že by měla být naše práce považována za kuriosum, i když sdělení na toto téma jsou dosud v písemnictví ojedinělá. Domníváme se, že i z tak malého počtu vyšetření, jichž výsledky jsou ve shodě s literárními údaji, lze usuzovat, že v průběhu akutní revmatické horečky jsou někdy výrazně postižena i játra; bez opakované biopsie a histologie je zatím ovšem těžko rozhodnout, zda je při tom postižen pouze mesenchym nebo hlavně mesenchym či jaterní buňka. Jisto je však, že laparoskopicky zjištěné změny na játrech byly aspoň v našich případech spíše subchronického až chronicky produktivního než akutního rázu. Z povahy a z trvalého rázu těchto změn je možno soudit, že by mohly být také podkladem některých hepatomegalií, event. i hepatosplenomegalií, které jsme zvyklí dosud považovat jedině za stav po proběhlém virovém zánětu jater.

Ve sledování problematiky hodláme pokračovat a doplnit ji dalšími pokusy o histologické zhodnocení.

Souhrn

U 30 akutních revmatiků jsme sledovali klinické i laboratorní známky současného postižení jater revmatickou chorobou; u 4 nemocných ze skupiny těch, kteří jevili poškození jater, jsme provedli laparoskopii a u 3 z nich též pokus o cílenou jaterní biopsii.

Laparoskopie jevila ve všech případech nález hepatitidy a perihepatitidy spíše subchronického rázu; perihepatitis byla příčinou toho, že se nám zatím nepodařilo provést biopsii jater.

Po léčbě steroidy nebo ACTH nastal ústup známek poškození jater a rovněž konsistence jater se stala téměř normální.

Výsledky uvedeny jako předběžné sdělení; diskutováno o možnosti revmatické etiologie některých hepatomegalií a hepatosplenomegalií.

Резюме

В группе 30 больных, страдающих острым ревматизмом, автор наблюдал над клиническими и лабораторными признаками расстройств печени, которые, наряду с другими признаками, были тоже обусловлены этим заболеванием. У 4 больных, входящих в группу лиц с повреждением печени, автор произвел лапароскопию, а у 3 из них попытался сделать прицельную биопсию печени.

При лапароскопии во всех случаях наблюдалась картина гепатита и перигепатита скорее субхронического, а не хронического характера; именно перигепатит нам пока что не дал возможности из-за плотности поверхности печени произвести биопсию.

После лечения стероидами или АКТГ наступила регрессия признаков повреждения печени, а одновременно стала более мягкой и ее консистенция.

Результаты эти приводятся как предварительное сообщение. Продискутирована возможность ревматической этиологии некоторых гепатомегалий и гепатоспленомегалий.

Summary

In 30 patients with active rheumatic fever the clinical and laboratory manifestations of simultaneous rheumatic involvement of the liver were studied. In 4 patients, showing signs of liver damage, a laparoscopy was performed and in 3 liver biopsy was attempted. The laparoscopy showed in all cases signs of hepatitis and perihepatitis of a rather subchronic to chronic type. The rigidity of the liver surface, caused by the perihepatitis made biopsy impossible.

After treatment with steroids or ACTH the signs of liver lesion diminished and the liver surface became softer.

A preliminary report of these observations is given; the possibility of rheumatic nature of some cases of Hepatomegaly and Hepatosplenomegaly is discussed.

Písemnictví

1. *Benderskaja, S. M.:* Pediatrija 2: 23/1957.
2. *Gamp, A., Gros, H., Kirnberger, E. J., Bopp, A.:* Deutsche Med. Wchschr. 80, 20: 782/1955.
3. *Gros, H.:* Schw. Med. Wchschr. 30: 999/1957.
4. *Kalk, H.:* Deutsche Med. Wchschr. 1950: 225.
5. *Lefkovits, A. M., Farrow, I. J.:* Annals of Rheumat. Dis. 14 : 162/1955.
6. *Mežebovskij, P. G.:* Ostryj revmatizm, Opyt VVV, svazek 21—22, str. 56—61, Medgiz-Moskva 1952.
7. *Schmengler, F. E.:* Die Medizinische 1956: 818.
8. *Trutschel, Frölich:* cit. u 3.