ZPRÁVY

Odpověď na článek mjr. MUDr. Václava Kozáka a pplk. MUDr. F. Šálka „Periostitidy holenní kosti" VZL č. 11 – 58, str. 508—510

Plukovník MUDr. Josef POPILKA – voj. nemocnice, Plzeň

Když jsme v březnu 1957 publikovali ve VZL naše zkušenosti s diagnostikou a léčením zlomenin z únavy u kosti holenní, bylo naším úmyslem vysvětlit původ, klinický obraz, patofysiologii a správné léčení těchto zlomenin. Předpokládali jsme již tehdy, že nejsou specifickým problémem pouze našeho pracoviště. Již svým názvem práce jsme upozorňovali, že se jedná o hromadný výskyt, kterému je potřebí věnovat náležitou pozornost. Byli jsme si vědomi toho, že zlomeniny z únavy byly poprvé popsány již před sto lety a první zlomeniny z únavy kosti holenní za první světové války.

Zlomeniny z únavy holenní kosti jistě unikaly pozornosti, nebo byly vedeny pod chybnou diagnosou na všech chirurgických pracovištích vojenských nemocnic, jak potvrdila naše dotazníková akce ve všech těchto nemocnicích. Sdělení z chirurgického oddělení vojenské nemocnice v Č. Budějovicích „Periostitidy holenní kosti" ukazuje, že náš článek své poslání splnil, a proto vítáme výše uvedenou práci, která potvrzuje většinu našich pozorování učiněných od r. 1953 až do dnešního dne. Pisatelé shodně s námi nalézají maximum zlomenin z únavy u kosti holenní u jednotek s nejintensivnějším pořadovým výcvikem (až 12 % příslušníků školní jednotky) a u jednotky psovodů a správně hodnotí jako rozhodujícího činitele pro stupeň tohoto poškození náročnost a druh opakujícího se přetížení bez ohledu na dřívější zaměstnání, konstituci nebo povolání postižených. Výstižně současně popisují typické subjektivní obtíže a objektivní klinický nález, které se v ničem neliší od pozorování našich. Přes tato souhlasná pozorování nemůžeme souhlasit se všemi učiněnými závěry. Pisatelé používají ve své práci názvu „Periostitis holenní kosti" a zavrhují dosud použitá označení jako nepříléhavá. Je jisté, že popsané změny na holenní kosti jsou v příčinné souvislosti s funkčním přetěžováním, a proto závěrem ve své práci navrhují název „Periostitis tibiae z funkčního přetížení". Ve skutečnosti sami pisatelé v celé práci kladou těžiště procesu do vlastní kosti, kde probíhá maximální intensita přestavby kostní tkáně s živou periostální reakcí. Již z tohoto tvrzení je zřejmé, že periostální změny jsou druhotné a jsou reakcí na primární poškození vlastní kosti. Nemůžeme proto afekci označit za zánět okostice, protože tímto označením by proces v periostu byl primární, což je v rozporu s obecně přijatým výkladem těchto změn, citovaným i samotnými autory. Sotva by se v dalším průběhu onemocnění při primární periostitidě mohlo vyvinout ložiskové prořídnutí kompakty v místě popisované periostální aposice, rozvláknění kortikalis, nebo docela linie lomu, jak ji potvrdili v našich pozorováních čelní rentgenologové prof. dr. Šváb, plk. prof. dr. Baštecký, doc. dr. Roman Bláha, plk. dr. Plod a viděli ji i pisatelé sami.

Ze stanoviska všeobecně patologického mají nálezy na periostu při popisovaném onemocnění charakter produktivního až i osifikujícího zánětu. Rozdíl mezi histologickým nálezem citovaným v našem sdělení a ve sdělení pisatelů je jen kvantitativní a zcela v souhlasu s rtg. nálezy, které dovolují sledovat celý dynamický vývoj změn a nespokojují se pouze jedním nálezem. Změny v okostici, jak v histologickém, tak i rtg. nálezu, nejsou tedy ničím jiným nežli normální fysiologickou reakcí na změny primárně poškozené kosti holenní. Nejsou tedy jasně primárním zánětem. V současné době je všeobecně zastávané mínění, že hojení zlomeniny není regenerací, nýbrž že probíhá pod formou produktivního reparativního zánětu. Periostitis fibroproductiva až i osifikující je stereotypní reakcí na jakékoliv dráždění. V našem případě, kde jde o postupně se vyvíjející zlomeninu bez hematomu, jde pouze o irritaci, která je nebakteriální a je zřejmě sekundární. Stejně patolog popisuje v histologickém nálezu zánět i v jiných tkáních, i když klinicky máme dokázáno, že rána se zhojila per primam. Zásadně stejný charakter mají periostální změny v okolí traumatické zlomeniny nebo infrakce, protože hojení kosti se děje i ze strany periostu formou zvláštního reparativního zánětu, ovšem jasně druhotného. Ostatně dnes nikdo nepovažuje pochodové zlomeniny zanártních kostí za zánět. Pečlivým čtením rtg. snímků a sledováním rtg. obrazu můžeme při pokračujícím zatěžování většinou dokázat linii lomu jak na metatarsech, tak i v tibii, zvláště použijeme-li tomogramu.

Z pověděného se domnívám, že označení „Periostitis" nebo „Periostitis z funkčního přetížení", nevystihuje pravou podstatu a patofysiologický proces popisovaných změn histologických

i rentgenologických. Jedná se zřejmě o změny vzniklé následkem nefysiologického přetěžování, kde u neléčených a znovu přetěžovaných případů lze linii lomu vždy dokázat.

Rovněž samotná terapie vylučuje opět název „Periostitis". Běžná protizánětlivá terapie, která při periostitidách a zánětech kostní dřeně je úspěšná, je přímo škodlivá u zlomenin z únavy. Správný je jedině ten léčebný postup, kterého používáme při léčení běžných nedislokovaných zlomenin. Myslím, že rovněž je neodůvodnitelné vysvětlení popisovaných změn z únavy na kosti holenní pomocí pojmu tzv. zón přestavby. Je známo, že zóny přestavby se vyvíjejí pouze u kostí buďto chorobně primárně změněných (rachitis, osteopatie z hladu, osteomyelitis atd.) nebo u kostních transplantátů. K jejich vývoji je třeba velmi dlouhé doby, zatímco zlomeniny z únavy se vyvinou i během několika hodin (vlastní pozorování). Zóny přestavby se vyvíjejí při normálním zatížení, jsou často mnohočetné a dochází u nich většinou k hrubým dislokacím osy dlouhých kostí. (Viz práce LOOSEROVY, FROMMEHO, OEHLECKEROVY). Rtg. nález u zón přestavby je typický a nikdy nepřipomíná linii lomu. (Klínovitá až 1 cm vysoká projasnění, mnohočetná, bez periostální reakce nebo jen s naznačenou reakcí po dlouhé době hojení.)

Pokládáme proto z právě uvedených důvodů i nadále za jedině správné označení pro tento ucelený patologický proces na holenní kosti „Zlomeniny z únavy".

I když pisatelé použili pro celý patofysiologický proces nevhodného označení, musíme přiznat, že jimi navrhovaná terapie i všechna preventivní opatření jsou správná. Chceme naší diskusí upozornit lékařskou veřejnost na to, že názvosloví – Periostitis – zánět okostice holenní kosti, nevysvětluje patofysiologický pochod a může ještě málo zkušeného lékaře přivést k nesprávné protizánětlivé léčbě, která by mohla nemocného i vážně poškodit.

Účelem obou prací byla však upřímná snaha prospět našim vojákům, předcházet vhodným opatřením škodám, které dovedou při plném vývinu vyřadit i velké procento vojáků na dlouhou dobu a ohrozit tak často bojeschopnost celé jednotky. Naše pozorování a zkušenosti se dnes opírají o vyšetření všeho druhu více než 200 případů. Přejeme si, aby pozorování naše i pozorování pisatelů byla podnětem k tomu, aby se i na jiných pracovištích a hlavně pak naši vedoucí činitelé zamyslili nad problémem těchto změn a uvedli v praxi všechna profylaktická opatření námi navrhovaná.