

616.613—002.2—07

K PROBLÉMU KLINICKÉ DIAGNOSTIKY CHRONICKÉ PYELONEFRITIDY*

MUDr. Karel ZÁRUBA a MUDr. Josef VYČICHL,

za spolupráce posluchačů J. BAŠŇÁKA, R. ROSINY a M. VAJNORSKÉHO

Z II. interní kliniky lékařské fakulty KU a VLVDÚ v Hradci Králové, přednosta doc. MUDr. Vilo JURKOVIČ

Chronická pyelonefritis je poměrně velmi časté onemocnění ledvin. Dlouho mu však nebyla věnována taková pozornost jako např. chronické glomerulonefritidě. Příčin bylo jistě několik: je to onemocnění, které vzniká často jako komplikace chirurgických nebo gynekologických onemocnění (např. nefrolitiázy, hypertrofie prostaty, nádorů, někdy těhotenství). Proto někteří nemocní, zejména na začátku, při vzniku chronické pyelonefritidy, procházejí těmito odděleními. Dále může dlouho probíhat bez nápadných příznaků nebo se projevuje jen nespecifickými příznaky jako jsou únava, subfebrilie, hypertenze, hubnutí apod. To jsou také důvody, proč je chronická pyelonefritis poměrně velmi málo klinicky rozpoznávána (podle Broda jen v 50 %) (3). Jestliže však se na možnost tohoto onemocnění myslí, zejména při správném hodnocení některých příznaků, lze klinicky diagnostikovat chronickou pyelonefritidu mnohem častěji, zvláště provedou-li se při podezření příslušná pomocná vyšetření.

Účelem naší práce je zhodnotit souhlas klinických a sekčních diagnos chronické pyelonefritidy a zjistit, které z příznaků chronické pyelonefritidy se podstatně uplatňovaly při správné diagnóze.

Metodika

Prohlédli jsme chorobopisy II. interní kliniky od r. 1954 do r. 1958 a vybrali jsme všechny případy chronické pyelonefritidy, které byly sekčně ověřeny. U všech případů jsme zjišťovali přítomnost subjektivních i objektivních příznaků, které mohou být pro chronickou pyelonefritidu diagnostickým vodítkem.

Z anamnestických údajů jsme si všímali těchto příznaků: dysurické potíže, pollakisurie, polyurie, nechutenství, hubnutí, žízeň, lumbalgie, hypertenze, bolesti hlavy, závratě, nausea a po případě zvracení. Z objektivních příznaků: změny v močovém sedimentu, Addisově sedimentu, kde je důležitý hlavně poměr leukocytů a erytrocytů, specifické váhy moče, proteinurie, krevního tlaku a teploty. Neuvádíme výsledky funkčních vyšetření, např. glomerulární filtraci, koncentrační pokus, dále výsledky pyelografie a některé laboratorní hodnoty, protože tato vyšetření nebyla provedena u všech nemocných. Někteří z nich byli totiž hospitalizováni jen velmi krátkou dobu. Proto také nelze srovnáním jen několika těchto výsledků činit závěry.

* Předneseno v říjnu 1959 na sjezdu vojenských internistů v Ružomberoku.

Tato skupina nemocných, kterou jsme označili jako soubor č. 1, je poměrně malá. Chtěli jsme se proto přesvědčit, že platí i v naší nemocnici tvrzení, které se objevuje v literatuře stále častěji (3, 6, 7), že chronická pyelonefritida je velmi častým onemocněním ledvin, stejně častou nebo i častější příčinou smrtelné urémie jako chronická glomerulonefritida. Řada nemocných prochází totiž mimo interní oddělení i jinými odděleními, zejména chirurgickými.

Prohlédli jsme s laskavým svolením prof. Fingerlanda a doc. Vortela z Ústavu patologické anatomie LF v Hradci Králové protokoly všech pitev v tomto ústavu za totéž časové období, tj. od r. 1954 do r. 1958, celkem 5176 protokolů.

Vyhledali jsme zemřelé, u nichž byla při sekci zjištěna chronická pyelonefritida, a zjišťovali jsme souhlas klinických a sekčních diagnos a dále, na kterém oddělení tito nemocní zemřeli. Rozdělili jsme je podle věku a pohlaví a podle příčiny chronické pyelonefritidy. Pro srovnání jsme sečetli též počet případů glomerulonefritidy a zjistili i v této skupině počet klinicky správně diagnostikovaných případů.

Výsledky

Od r. 1954 do r. 1958 zemřelo na II. interní klinice 20 nemocných, kteří trpěli chronickou pyelonefritidou (soubor nemocných č. 1). Z tohoto počtu bylo 10 mužů a 10 žen. Věk nemocných byl v 19 případech vyšší než 40 roků, jedné ženě bylo 29 roků (tab. č. 1).

Tab. č. 1

Soubor č. 1

ROZDĚLENÍ PODLE VĚKU A POHLAVÍ

	do 40	40–50	50–60	60–70	70–80	nad 80
♂	1	3	4	4	5	3
♀	1	1	3	2	2	1

Patogenetické příčiny, které vedou nakonec ke stejnému výsledku onemocnění chronickou pyelonefritidou, mohou být různé. Podle příčiny můžeme chronickou pyelonefritidu dělit na primární, kde ani anamnesticky, ani při sekci se nenajde jiné onemocnění, jehož by chronická pyelonefritida byla komplikací (3, 7, 8). Soudí se, že při patogenesi onemocnění hraje důležitou roli funkční stav odvodného močového systému (2, 3, 6). Druhou skupinu tvoří tzv. sekundární chronická pyelonefritida, kde příčinou vzniku je nefrolitiasa, hypertrofie prostaty, nádory močového měchýře a malé pánve apod.

Tab. č. 2 ukazuje rozdělení nemocných podle příčiny vzniku chronické pyelonefritidy, tab. č. 3 příčiny smrti našich nemocných. Přehled subjektivních a objektivních příznaků je uveden v tab. č. 4a a 4b.

Tab. č. 2

Soubor č. 1

ROZDĚLENÍ PODLE PŘÍČIN CHP

Primární	Sekundární			
	Nephrolithiasis	Tumory	Cystopyelitis	
				Jako komplik. diabet. mell.
6	5	3	3	3

Tab. č. 3

Soubor č. 1

PŘÍČINY SMRTI

Urémie	6
Sepsis	2
Ictus apoplecticus	3
Coma diabeticum	2
Infarctus myocardii	2
Embolia a. pulm.	2
Ileus paralyt.	1
Cachexia tumorosa	1
Bronchopneumonia	1

Největší důležitost pro nás má skupina tzv. primární chronické pyelonefritidy (bez specifické anamnesy). Je to totiž skupina, kde správná diagnosa je často dosti obtížná, protože převládají nespecifické obtíže jako únavnost, subfebrilie, nechutenství, hubnutí, bolesti hlavy. Přitom je to skupina prakticky velmi důležitá, právě pro obtížnost správné diagnosy, která má umožnit zahájit včas léčbu. To může zlepšit i prognosu onemocnění. Důkazem obtížnosti správné diagnosy je jeden případ z naší skupiny primární chronické pyelonefritidy, kde onemocnění probíhalo dlouho nepoznáno a diagnosa byla stanovena až ante finem. Uvedeme stručný popis tohoto případu:

Nemocný byl přeložen na kliniku z okresní nemocnice v těžkém stavu. Byl obluzen, na sebe menší dotyk reagoval velice bolestivě a naříkal. Nebylo možno s ním navázat kontakt. Z překladové zprávy vyjímáme:

Nemocný L. K., 44 roků, byl přijat do nemocnice 5 týdnů před přeložením na kliniku pro neurčitě zažívací obtíže spojené s nauseou. Měl bolesti hlavy, námahovou dušnost, lumbalgii, hodně pil a močil. Nikdy prý netrpěl chorobou ledvin. Jeho matka měla diabetes mellitus. Z výsledků vyšetření: v moči bílkovina +, v sedimentu 30 leukocytů, 5–6 erytrocytů. FW: 5/15, KO: Ery: 2 880 000, Hb 62 %, BI: 1,1, Leuko 8800: Koncentrační pokus: 1011, zředovací pokus: 1002, glomerulární filtrace (clearance endogenního kreatininu) 40,2 ml/min. NPN 52 mg %, oční pozadí: norm. nález. Addisův sediment: Ery 1 000 000, Leuko

Tab. č. 4a

Soubor č. 1

SUBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY A ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Příčina CHP	Počet	Lumbalgie	Dysurie	Pollakisurie	Polyurie	Žízeň	Subfebrilie	Únava	Nechutenství	Hubnutí	Cephalaea	Nausea-zvrac.	Hypertense	Nefrolith.	Otoky
Primární	6	3	3	1	2	2	2	3	3	2	2	3	5	1	2
Nephrolithiasis	5	2	1	1	0	1	4	3	3	1	2	3	2	1	1
Cystopyelitis	6	2	2	3	1	1	1	2	2	3	1	1	1	0	1
Tumory	3	1	1	1	1	2	2	2	3	1	0	2	1	0	1

Tab. č. 4b

Soubor č. 1

OBJEKTIVNÍ PŘÍZNAKY A LABORAT. VÝSLEDKY

Příčina CHP	Počet	Zvýš. FW	Anémie	Hypostenur.	Proteinurie	Pyurie	Zvýš. NPN	Zvýš. tepl.	Hypertense	Známky dehydrat.	Otoky
Primární	6	4	4	3	4	2	4	3	4	2	2
Nephrolithiasis	5	4	2	4	2	4	1	4	3	2	0
Cystopyelitis	6	5	1	4	4	1	2	4	2	2	2
Tumory	3	3	0	2	3	1	1	2	1	1	1

5 000 000, válce 0. Celou dobu 5 týdnů byl nemocný bez zvýšených teplot. Diagnosa v překladové zprávě nebyla uvedena. Doplnění anamnesy bylo získáno od manželky nemocného. Uvádíme jen některé důležité údaje, podle kterých bylo možno se orientovat při rozboru a závěrečné diagnose: po několik let občas zjištěna v moči bílkovina, občas měl pollakisurii, polyurii a polydypsii, dále hypertensi, bolesti hlavy, závratě, spojené někdy s nauseou a zvracením. Míval též lumbalgie. V dubnu 1957 prodělal průjemové onemocnění, v červnu měl opět průjem a polykací obtíže. Od této doby nechutenství, hubnutí a neustálé, občas velmi prudké bolesti hlavy, spojené se zvracením. Pro tyto obtíže byl též přijat do nemocnice.

Vidíme, že i když nemoc jistě probíhala několik let, nebyla diagnostikována. Diagnosa byla stanovena až před smrtí, po uvážení všech anamnestických údajů i výsledků vyšetření, které v souhrnu jsou velmi typické. Nemocný zemřel v urémii po třídním pobytu na klinice.

Z našich 20 nemocných, kteří trpěli chronickou pyelonefritidou, bylo toto onemocnění klinicky diagnostikováno ve 14 případech, tj. v 70 %. Zbývajících 30 % tvoří však nemocní, z nichž někteří zemřeli po několikadenní hospitalizaci a byli přijati např. pro mozkovou mrtvici nebo infarkt myokardu, takže nebylo možno provést komplexní vyšetření. U některých nebyla známa ani úplná anamnesa.

V Ústavu patologické anatomie v Hradci Králové bylo v letech 1954–1958 pitváno celkem

5176 zemřelých. Z tohoto počtu byla zjištěna ve 163 případech (tj. 3,14 %) chronická pyelonefritis, v 71 případech (tj. 1,37 %) glomerulonefritis. Chronická pyelonefritis nebyla klinic-

Tab. č. 5

Soubor č. 2

ROZDĚLENÍ PODLE VĚKU A POHLAVÍ

	do 30	30–40	40–50	50–60	60–70	nad 70
	9	4	5	28	42	74
♂	1	2	2	9	20	39
♀	10	2	3	19	22	35

Tab. č. 6

Soubor č. 2

ROZDĚLENÍ PODLE PŘÍČIN CHP

Primární	Sekundární			
	Nephrolithiasis	Tumory	Cystopyelitis	Hypertrof. prostaty
28	32	44	23	19

ky diagnostikovány v 58,89 %, kdežto u glomerulonefritidy jsme diagnostický nesouhlas zjistili jen v 16,9 %. Rozdělení zemřelých tohoto druhého souboru podle věku a pohlaví ukazuje tab. č. 5, rozdělení podle příčiny chronické pyelonefritidy tab. č. 6. V tab. č. 7 je uvedeno, z kterých oddělení a klinik zemřeli pocházeli. Tab. č. 8 uvádí v přehledu příčiny smrtelné urémie za stejné časové období v uvedeném počtu pitev.

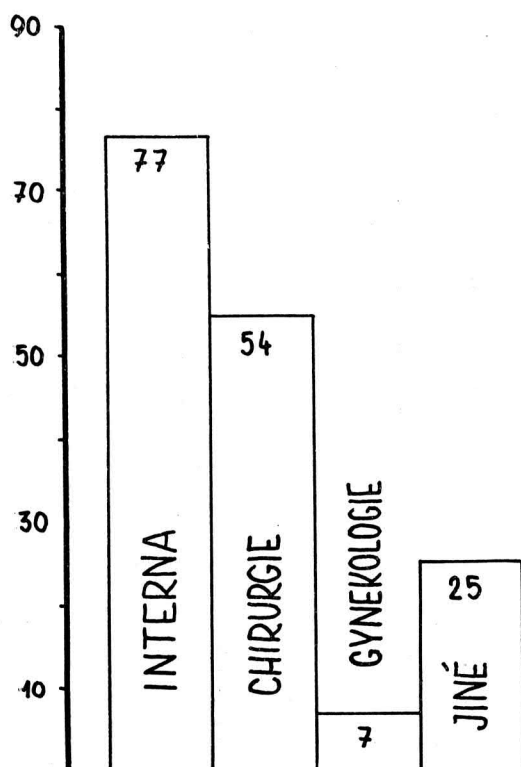
Diskuse

Jak jsme se zmínili v úvodu, byla chronická pyelonefritis dlouho onemocněním nedostatečně prostudovaným a z toho důvodu byla i málo klinicky diagnostikována. I dnes se na ni poměrně málo myslí, jak je patrné i z poměru souhlasných a nesouhlasných diagnos klinických a patologicko-anatomických z materiálu Ústavu patologické anatomie, který pochází nejenom z naší nemocnice, ale i z řady okresních nemocnic hradeckého kraje. Procento těch případů, kde chronická pyelonefritis nebyla klinicky diagnostikována, je skutečně velké (téměř 60 %). Do této sestavy jsou však zahrnuty i případy, kde klinická diagnosa chronické pyelonefritidy byla velmi obtížná. Příčinou byl v některých případech charakter základního onemocnění, které dominovalo v klinickém obraze, a často též krátká hospitalizace.

Je zásluhou Raashoua (8), že se první důkladně tímto onemocněním zabýval. U nás Brod ve své monografii v r. 1955 (3) důkladně rozebral skupinu nemocných chronickou pyelonefritidou po všech stránkách a vytyčil některá

Tab. č. 7

Počet případů

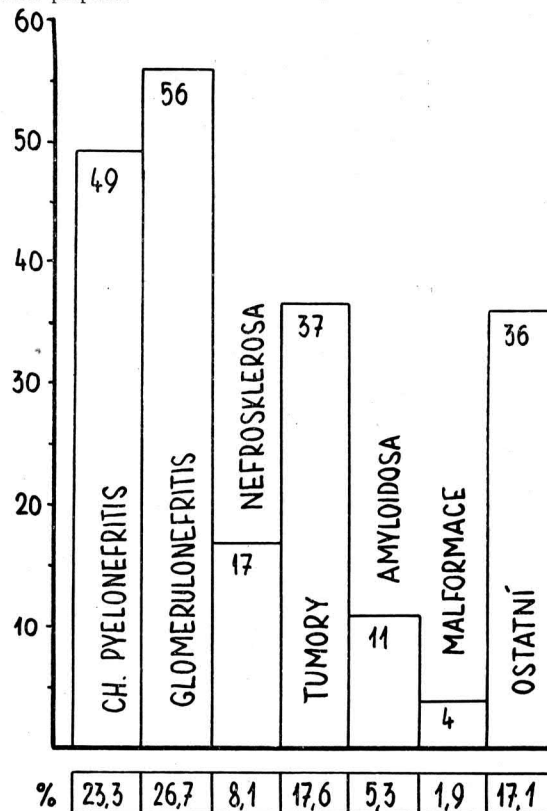


Tab. č. 8

Soubor č. 2

PŘÍČINY SMRTELNÉ URÉMIE ZA ROK
1954—58 ZE SEKCE ÚSTAVU PA
V HRADCI KRÁLOVÉ

Počet případů



diagnostická kritéria. Podle těchto zásad je podle jeho zkušeností možno správně diagnostikovat 90 % onemocnění. Ze subjektivních obtíží jsou nejčastějším příznakem lumbalgie a cystopyelitické obtíže. Z objektivních příznaků pak změny v moči, zejména v močovém sedimentu, na což upozorňuje řada autorů (1, 3, 6). Zdůrazňuje se především převaha leukocytů nad erytrocyty v močovém sedimentu ve většině případů, i když toto vodítko někdy selhává, zejména u případů inaktivního onemocnění (1). Proteinurie na rozdíl od chronické glomerulonefritidy je relativně malá, obvykle 1—4 g/24 hod. (1). U našich nemocných jsme pozorovali totéž.

Důležité je dále i bakteriologické vyšetření moče, i když bakteriurie bývá intermitentní (1, 6), často se nezjistí, a proto je důležité opakované vyšetření. Z funkčních změn se zdůrazňuje především určitá diskrepance mezi pomalým a menším úbytkem GF a rychlým úbytkem koncentrační schopnosti, který je výrazem poruchy funkce distálního tubulu (3, 5, 1). U našich nemocných byla isostenurie nebo hypostenurie u 12 z 18 nemocných, u nichž byla vyšetřena moč. Tento nálezn vedle změn v moči je nejdůležitějším dif. dg. znakem proti chronické glomerulonefritidě a vaskulární nefrosklerose. Nejobtížnější je diagnosa ve fázi renální insuficience, kdy selhávají i tato diagnostická kritéria, protože se stírají rozdíly mezi příznaky těchto onemocnění (1, 3). V těchto případech pak může

pomoci rozbor anamnestických údajů a průběhu onemocnění. Tak tomu bylo např. v případě jednoho našeho nemocného, jehož popis jsme uvedli.

Poměrně velmi často se vyskytuje u nemocných chronickou pyelonefritidou těž hypertense (3, 4). U našich nemocných byla hypertense v 9 případech. Hypertense může být dokonce jediným nápadným příznakem vlastního onemocnění.

Tři nemocní z naší sestavy měli diabetes mellitus. U diabetiků je výskyt chronické pyelonefritidy poměrně častý a průběh často těžký a rychle progredující. Tato okolnost se vysvětluje jednak glykosurií, která podporuje růst mikrobů, a sníženou odolností diabetiků proti infekci (6). To je také příčinou tzv. nekrotisující pyelonefritidy, čili nekrotisující papillitis, což je nekrosa ledvinových papil, která je dosud poměrně málo známou komplikací diabetu. U nás nedávno popsali dva takové případy Syllaba a Zrůstová (9). Z našich tří diabetiků byla nalezena při sekci nekrotizující papillitis v souboru nemocných č. 1 jedenkrát a čtyři v souboru č. 2.

Pozn. red.: GF = glomerulární filtrace.

Závěr

Z rozboru předloženého materiálu vyplývají tyto závěry:

1. Chronická pyelonefritida je častým onemocněním ledvin, z nejčastějších příčin urémie.

2. Je to onemocnění, které ještě stále není poměrně často klinicky diagnostikováno.

3. Z případů, které unikají klinické diagnóze, je možno diagnostikovat další při správném zhodnocení anamnesy a některých objektivních příznaků, zejména výsledků vyšetření moče a jednoduchých vyšetření základních funkcí ledvin.

Písemnictví

1. T. Addis: Glomerular nephritis. New York 1952, str. 170—177.

2. Babicz A., Rényi-Vámos, F.: Das Lymphgefäßsystem der Niere und seine Bedeutung in der Nierenpathologie und Chirurgie. Budapest 1957.

3. Brod, J.: Chronická pyelonefritida. Thomayerova sbírka č. 345, 1955.

4. Brod, J.: Chronická pyelonefritida ve vztahu k hypertensi. Soubor přednášek sjezdu kardiologické společnosti v Gottwaldově 1953. SAV, Bratislava 1955.

5. Brod, J.: Klinická fyziologie a patologie ledvin. SZN, 1949.

6. Derow, H. A.: Management of pyelonephritis. N. Engl. J. Med., 255, 7, 337—342, 255, 8, 349—384, 1956.

7. Horák, O., Kratochvílová, J.: Výskyt chronické pyelonefritidy v pitevním materiálu. Vnitř. lék., IV, 1, 31—35, 1958.

8. Raashou, F.: Studies of chronic pyelonephritis, Kodaň 1948 (cit. podle 3).

9. Syllaba, J., Zrůstová, M.: Nekrotisující papillitis v průběhu úpalice cukrové. Vnitř. lék. V, 2, 97—104, 1959.