

616.633.786—036.18—07:616.61—076

**RENÁLNÍ BIOPSIE V DIAGNÓZE IZOLOVANÉ
„BENIGNÍ“ PROTEINURIE**

Plk. dr. Jan PÁVEK

vnitřní oddělení vojenské nemocnice v Plzni

Renální perkutánní biopsie jsme začali používat v prosinci v r. 1965. Používali jsme Vimovy-Silvermanovy jehly bez Franklinovy modifikace, a postupovali jsme v podstatě podle Karkova způsobu, s použitím kontrastní mřížky při snímkování ledvin, jak to navrhl Jaroš z Ústřední vojenské nemocnice.

Do září 1967 jsme uskutečnili 140 biopsií

u 106 osob. Histologicky hodnotitelné množství ledvinné tkáně jsme získali v 64 % punkcí. Protože punkce byly u jednotlivých vyšetřovaných opakovány, máme histologický nález u 83 osob, tj. u 78 % vyšetřovaných.

Menší komplikace, jako bolest a makroskopické krvácení do močových cest bez koagul, byly u 11 % biopsií, větší komplikace, mezi které

počítáme krvácení s koaguly a perirenální hematomy, jsme měli u 7 % biopsií. Komplikováno bylo tedy celkem 25 punkcí ze 140, tj. 18 %. Ve dvou případech nás překvapila těžší hematurie s koaguly až za 3 dny po biopsii. Jedenkrát bylo toto opožděné krvácení tak silné a vytrvalé, že chirurg musel provést epicystotomii k vyprázdnění koagul z měchýře a ještě resekci nabodnutého dolního pólu ledviny, zásobovaného aberantní pólou arterií. Místo krvácení bylo upřesněno renovazografií.

Spíše podprůměrné technické výsledky bioptických punkcí ledvin nás neuspokojovaly, a vysvětlujeme je tím, že jsme neměli k dispozici tenčí Vimovu-Silvermanovu jehlu s Franklinovou modifikací.

Diagnostický přínos histologických vyšetření však naši nespokojenost značně vyvážil.

Sděním výsledky bioptického vyšetření ledvin u skupiny 15 osob, které po úplném klinickém a laboratorním vyšetření na lůžku splňovaly před biopsií všechny podmínky, aby jejich proteinurie byla rozpoznána jako izolovaná, „benigní“. Proteinurie byla u nich až na ojedinělé výjimky intermitentní, vždy nevelká, všichni měli normální hodnoty Addisova sedimentu, normální koncentrační schopnost, glomerulární filtraci, vylučovací urogram, krevní tlak i sedimentaci č. k., byli i jinak klinicky zdraví a jejich anamnéza nesvědčila o prodělaném onemocnění uropoetického traktu.

Přesto u 6 z těchto 15 osob histologické vyšetření spolehlivě zjistilo výrazné chorobné změny, a to 5krát glomerulonefritidu intrakapilární či membranózní, 1krát pyelonefritidu. Klinicky izolovaná proteinurie byla tedy v naší sestavě ve 40 % jediným klinickým projevem skryté ledvinové choroby.

Ani u dalších 4 klinicky izolovaných proteinurií nebyl histologický nález zcela normální. Histolog nacházel u nich více či méně výraznou kolagenizaci kapilárních kliček, ztlustění bazální membrány a jiné patologické změny, nedovolující však jednoznačné vyjádření o stupni a typu choroby. Po histologickém vyšetření zařadili jsme takové proteinurie jako nepřesně určené.

Nakonec nám zůstalo v sestavě 5 proteinurií, které měly nejen klinický a laboratorní, ale i histologický nález zcela normální. Jen těchto 5 bylo možno označit jako izolované, benigní, intermitentní proteinurie. A to je třeba si ještě uvědomit, že ani normální renální bioptický nález v jednom vzorku nemůže vyloučit chorobné změny disperzní či změny jemnější, zjistitelné jen elektronopticky. Máme pro to názorný doklad alespoň u dvou nemocných, u kterých jsme biopsii krátce po sobě opakovali. V jednom vzorku byl u nich nález normální, v druhém byl nález intrakapilární, resp. membranózní glomerulonefritidy. Takže i proteinurie, rozpoznaná z normálního klinického a jednoho histologického vyšetření jako izolovaná může být ve skutečnosti projevem latentní glomerulonefritidy rozpoznatelné teprve opakováním punkce. Na přípojené tabulce jsou uváděny výsledky vyšetření přehledně shrnuty.

Závěr

Zkušenosti s renální biopsií nás poučily, že i klinicky izolovaná a malá proteinurie je nejčastěji projevem latentní organické choroby ledvin, takže vždy vyžaduje opatrné posuzování. Vtírá se otázka, do jaké míry vůbec jsme oprávněni termínu izolovaná „benigní“ proteinurie používat. Spolu s poznáním rizika renální biopsie nás to přivedlo k tomu, že perkutánní renální biopsii u klinicky izolované proteinurie indikujeme nyní jen výjimečně.

Jsmo vděční doc. dr. A. Schwartzovi a as. dr. Důrovi z Ústavu patologické anatomie a histologie prof. Vaňka v Plzni za neobyčejně ochotnou spolupráci, která pro nás mnoho znamenala.

Klinicky izolované „benigní“ proteinurie				
Klinický i laboratorní nález kromě proteinurie normální				
Počet případů	Histologický nález			Konečná diagnóza
	Normální	Nevýrazně patologický	Určitě patologický	
5	—	—	5	Glomerulonephritis chronica
1	—	—	1	Pyelonephritis chronica
4	—	4	—	Proteinurie nepřesně určená
5	5	—	—	Izolovaná proteinurie „benigní“?
15	5	4	6	