

PŘÍPAD EXTRÉMNÍ LEUKOCYTÓZY U NÁDOROVÉHO ONEMOCNĚNÍ

Plk. MUDr. Miloslav ULČ, MUDr. Božena VÁCLAVÍČKOVÁ

neurologické oddělení vojenské nemocnice v Plzni (náčelník plk. MUDr. Miloslav ULČ)

Wyšetření krevního obrazu patří k základním laboratorním vyšetřením, prováděným u všech hospitalizovaných pacientů. Zmnožení leukocytů signalizuje většinou zánětlivou afekci v organismu nebo onemocnění krevní složky. V ojedinělých případech se setkáváme s výraznou leukocytární reakcí v krvi u maligních tumorů a vzácně u mozkových nádorů.

Dovolujeme si referovat průběh onemocnění jednoho našeho pacienta:

Pacient J. P., narozen 1926. Rodinná anamnéza bezvýznamná. V osobní anamnéze jen flebotrombóza pravého bérce, diskopatie LS páteře a chronický zánět jater, pro který se léčil od roku 1966. 4. 9. 1971 nastoupil lázeňské léčení. 7. 9. se objevil otok obou příušních žláz, úporné bolesti hlavy, závratě, nespavost. Teplota nebyla zvýšena až do 11. 9., kdy byla naměřena teplota 37,5. Týž den přijat na infekční oddělení jednoho OÚNZ. Tam při přijetí afebrilní, nebolestivé otoky obou příušních žláz, zduřelé slinné vývody, nepatrně zarudlé hrdlo. Horní meningeální syndrom. Během pobytu na infekčním oddělení došlo k odeznění zánětu příušních žláz, přetrvávala bolest hlavy, zhoršující se pohybem nazad. V pomocných vyšetřeních byla nápadná stupňující se leukocytóza s posunem doleva při klesající sedimentaci (le 23 300, S 67 %, T 2, Eo 4, Mo 1, Ly 26; kontroly: le 29 900, 33 000, 38 000, 43 400, FW 51/99, 38/59, 26/42), moč negativní, rtg lbi normální, ORL: při probatorní punkci maxilárních sinů jen ojedinělé vločky. Oční: normální. Neurologické vyšetření včetně EEG rovněž normální. Likvor čirý, tenze zvýšená, Pandy⁺⁺⁺, celková bílkovina 174 mg%, el 76/3 (lymfocyty), cukry 74 mg%, chloridy 132 mg%. Při ortopedickém vyšetření vysloveno podezření na zánětlivý proces v krční páteři, zatím bez rtg změn. 1. 10. 71 byl přeložen na naše oddělení s dg. Parotitis epidemica, aseptická meningitis parainfekční, chronická hepatitida, susp. zánětlivý proces v horní krční páteři, úporné bolesti hlavy.

Při přijetí leží na nosítkách, chytá se za hlavu, grimasuje pro kruté záchvatovité bolesti hlavy, více frontoparietálně vpravo. V těchto chvílích je dezorientován, po minutě bolestí se soustřeďuje na odpověď. Dodatečně zjištěno, že bolestmi hlavy, převážně vzadu, trpěl již od srpna 1971. Výrazná pokleповá bolestivost frontoparietálně, více vpravo, naznačen r. labiální, ostatní n. mozkové normální, krční páteř fixována

Schanzovým límcem, reflexy šlachookosticové vybavitelné, bez difference, r. břišní O, pyramidové jevy spastické extenzní řady pozitivní na obou DK, více vpravo, Kernig od 60—75 st. bilat.

Během dalších dnů trvaly intenzivní bolesti hlavy, stav se postupně zhoršoval, v noci býval pacient zmatený, docházelo k poruše vědomí, byl spavý. 9. 10. v objektivním nálezu horizontální nystagmus až II. stupně doprava, nepravidelný horizontální nystagmus I. stupně doleva, r. korneální vlevo nižší, levý oblouk patrový ochablý, níže uložený, při fonaci jen náznak pohybu, r. dávivý O, výrazný meningeální syndrom. Ostatní ložiskový nález nezměněn. 10. 10. ztřeštěné vědomí, porucha vědomí se prohlubovala, v odpoledních hodinách exitus letalis.

Pomocná vyšetření: TK 135/95, moč negativní, při kontrole B slabě opal., Ubg stopa, FW 25/46, subfebrilní teploty, teprve v posledních dvou dnech stoupla teplota nad 39 st. KO 4. 10.: le 44 200, Mm 6, Ly 2, Eo 1, S 72, Mo 6, Ty 12; 6. 10.: le 51 200, Mm 1, 10, Eo 1, S 84, Ty 4.

Likvor: Celková bílkovina 50 mg%, Pandy⁺⁺, cukry 59 mg%, chloridy 136 mg%, ly 13/3. Ostatní laboratorní vyšetření (ELFO v séru, transaminázy, jaterní testy, ZN) vesměs v mezích normy. Rtg plic: normální nález.

Interní: Nález na plicích a srdci v mezích fyziologických. Játra a slezina jsou nezvětšené. Ekg křivka v mezích normy.

EEG: Hrubá difúzní porucha elektrické aktivity s naznačeným ložiskem v levém předním kvadrantu.

Karotická AG vlevo: nález v mezích normy.

Vertebrální AG (radiologická klinika v Plzni): susp. expanze v pravé mozečkové hemisféře a okcipitálních lalocích bilat.

Léčení: infúze 10% glukózy s krystalickým inzulínem, Procainem, vitamíny B a C, infúze fyziologického a Darowova roztoku, lidský albumin, plazma, Lucidril, 20% MgSO₄, Prothazin, Diluran, Eunalgit, Tetracyklin, Kanamycin.

Klinický závěr: Suspektní expanzivní proces zadní jámy lební — tumor v pravé mozečkové hemisféře, drobné metastázy, event. vícečetné drobné abscesy. Susp. karcinóza plen. Chronická hepatitida.

Pitevní nález (Šiklův patologicko-anatomický ústav v Plzni): Generalizovaný melanoblastom z nezjištěného primárního zdroje, metastazující především do mozku. Velká me-

tastáza v levé mozečkové hemisféře, prorůstající do levého týlního laloku, vícečetné drobné metastázy v levém temporálním laloku a v předním rohu levé postranní komory. Další metastázy v levém dolním laloku plicním, v uzlinách, ve štítné žláze a nadledvinkách.

Nález histologický: Kůže — benigní intra-dermální verukózní naevus. V mozku, plicích, uzlinách, nadledvinkách a štítné žláze metastázy pigmentovaného i nepigmentovaného melanoblastomu z části nekroticky změněné. Játra — lehká kulatobuněčná infiltrace portálních polí a steatóza izolovaných jaterních buněk. Dřeň (femur, obratel, sternum, žebro) — tuková, aktivní.

Diskuse

Klinický obraz onemocnění našeho pacienta svědčil pro víceložiskové postižení mozku s maximem léze v zadní jámě lební. Při přijetí bylo usuzováno především na zánětlivé onemocnění, a to buď meningoencefalitidu nebo absces mozku. Původ onemocnění zůstával i v dalším průběhu neobjasněn. Po provedení všech pomocných vyšetření a s ohledem na afebrilní průběh bylo onemocnění uzavíráno na prvním místě jako metastatický proces tumorózní, i když primární nádor nebyl nalezen, avšak ani možnost zánětlivé afekce v podobě mnohočetných abscesů nebyla vyloučena, zejména s ohledem na enormní leukocytózu. Teprve sekční nález rozhodl vlastní podstatu choroby, ani patolog však nenalezl primární tumor.

S leukocytární reakcí v krvi ve výši několik desítek tisíc, kromě různých infekčních procesů, zhoubného onemocnění krevního, krvácení a nekrózy orgánů se setkáváme někdy u maligních tumorů, zejména rakoviny žaludku, u epitelálních nádorů, v ojedinělých případech též u nádorů mozku. Příčina zmnožení leukocytů se hledá ve vlastním růstu nádorů. U zhoubných nádorů se objevuje leukocytóza jako příznak nekonstantní, podněcený pravděpodobně vstřebáváním toxických produktů při rychlém růstu nádoru nebo rozpadem nádoru (Netoušek). Abnormně velkým rozpadem jader buněk dochází k nahromadění nukleoproteinů ve tkáních, které mají vliv na leukocytární reakci.

Okolnost, že vysoká leukocytóza se objevuje jen u malého počtu maligních tumorů, ukazuje na roli, kterou zřejmě hraje další faktor, a to zvýšená reaktivita kostní dřeně. Je popisován též vliv centrálních nervových regulačních mechanismů na počet leukocytů. Při pokusech na zvířatech drážděním různých oblastí mozku, zvláště hypotalamu, bylo rovněž dosaženo leukocytózy.

U lidí byly zjištěny změny v krevním obraze u některých akutních mozkových onemocnění především cévní etiologie, dále po epileptických záchvatech, ale také po diagnos-

tických zákrocích, jako PEG. Enormní leukocytóza u mozkových nádorů je však popisována velmi zřídka. Podle představy Hoffa a Heilmeyera a Begemanna expanzivní procesy intrakraniální různé lokalizace vedou k leukocytóze působením na centra v okolí 3. komory. Heitmann a Schottky ověřili častost centrálně podmíněné leukocytózy u mozkových nádorů. Z 910 histologicky ověřených tumorů mozku a plen mozkových u 35 našli leukocytózu nad 15 000. Leukocytóza nastupovala krátce před smrtí a z toho u 34 byla nepochybně vinou komplikací (bronchopneumonie, cystopielitida apod.). Jen v jednom případě nebyla leukocytóza v souvislosti s komplikacemi. Šlo o pacienta s ependymomem mozečku. Sami pozorovali pacienta s ependymomem parietální krajiny s metastázami do míchy, u něhož leukocytóza dosáhla maximální výše 60 000.

Případ námi pozorovaný patří do skupiny vzácně se vyskytujících leukocytóz u nádorů, kdy leukocytóza může přispět k určitým diagnostickým rozpakům. Nedá se rozhodnout, zda zmnožení leukocytů je podmíněno centrálně nebo jde o abnormní reakci kostní dřeně nebo kombinaci více činitelů.

Závěr

Leukocytóza u nádorových onemocnění bývá pozorována zřídka, u mozkových nádorů je enormně vzácná. U 45letého nemocného s obrazem víceložiskového poškození mozku s maximem léze v zadní jámě lební byla zjištěna leukocytóza, dosahující hodnot až 51 000. Při sekci nalezeny mnohočetné metastázy melanoblastomu v mozku s ojedinělou velkou metastázou v levé mozečkové hemisféře a s drobnými metastázami v dalších orgánech. Primární zdroj nebyl zjištěn.

Literatura u autorů

Souhrn

Leukocytóza u nádorových onemocnění bývá pozorována zřídka, u mozkových nádorů je velmi vzácná.

Je zřejmé, že na jejím vzniku se pravděpodobně podílí více faktorů (růst a rozpad nádoru a tím nahromadění nukleoproteinů ve tkáních, zvýšená reaktivita kostní dřeně a vliv centrálních nervových regulačních mechanismů). Uvedeno vlastní pozorování 45letého nemocného s obrazem víceložiskového poškození mozku s maximem léze v zadní jámě lební, u něhož byla zjištěna leukocytóza dosahující hodnot až 51 000. Při sekci nalezeny mnohočetné metastázy melanoblastomu v mozku s ojedinělou velkou metastázou v levé mozečkové hemisféře a s drobnými metastázami v dalších orgánech. Primární zdroj nebyl zjištěn.