

326.6:616.155.33-022.1:362.11(356.33)

INFEKČNÍ MONONUKLEÓZA V MATERIÁLECH ORL ODDĚLENÍ VOJENSKÉ NEMOCNICE V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH ZA LÉTA 1972—1976

Pplk. MUDr. Miloš FIALA, MUDr. Anna ČERMÍNOVÁ
ORL oddělení vojenské nemocnice v Českých Budějovicích
(náčelník: pplk. MUDr. Miloš Fiala)

Infekční mononukleóza se dostala v poslední době do středu zájmu bakteriologů, virologů, hematologů, imunologů, infekcionista, odborníků jiných oborů, jakož i otolaryngologů [11]. Stalo se tak v důsledku nových pozorování a hypotéz.

Došlo k rozšíření obrazů onemocnění infekční mononukleózou, když se objevily zprávy o podobných obrazech po prodělané infekci toxoplazmonem gondii, Rickettsii sonnetsu, jakož i cytomegalovirem.

V roce 1968 byla poprvé publikována sdělení o souvislosti mezi infekční mononukleózou a herpetickým virem, objeveným v roce 1965 Epsteinem a Barrem, který má rovněž význam pro patogenezu Burkittova lymfomu a nazofaryngeálního Ca. Podle některých jde o postinfekční onemocnění imunologického charakteru, projevující se přehnaně obranným mechanismem rychle proliferujících lymfatických buněk. Teorií je mnoho, mluví se o trvalých nosičích a vylučovatelech faktorů přeměňujících Le v rychle proliferující Ly. Ty byly popsány u nemocných infekční mononukleózou v 17—79 % a jsou některými považovány za identické s Epstein-Barrovým virem [8, 9].

Mluví se o časně a pozdní manifestaci. Uvažuje se o faktorech velikosti subvirální, ev. subcelulární.

Hypotéza pozdního postinfekčního onemocnění předpokládá přenos viru v genomech lymfatických buněk po abortivní formě prodělané před léty. Dojde-li k horečnaté tonzilitidě, může podráždit lymfocyty k proliferaci a vést k monocytární angíně.

Obrazy onemocnění totožného s infekční

mononukleózou byly též pozorovány po řadě léků, po transfúzích i po operacích srdce a to vše vnáší do otázky infekční mononukleózy řadu nejasností, takže by se spíše dalo mluvit o syndromu infekční mononukleózy [11].

Tyto názory uvádíme pouze informativně a v naší práci jsme se snažili ověřit spolehlivost laboratorních vyšetření, ze kterých se nám osvědčil rychlý test na infekční mononukleózu: IM — test SEVAC, tím, že byl pozitivní u každého onemocnění infekční mononukleózou. Navrhujeme užít ho jako screeningovou metodu pro vyhledávání infekční mononukleózy u vojenských útvarů.

Zdravotnické ztráty, které vznikají v Čs. lidové armádě vlivem infekční mononukleózy, nejsou zanedbatelné. V našem spádovém území se na jejich celkovém počtu podílejí 2 až 3 %. Krom toho nikdy nemůže být předem vyloučeno šíření infekce nebo vznik epidemie.

Prokázání infekční mononukleózy znamená pro vojáka v základní službě propuštění do zálohy nejméně na 1—2 roky vždy.

Nepoznání může v ojedinělých případech znamenat vážné poškození zdraví při náročném výcviku a normálním způsobu stravování v rekonvalescenci.

Problematika infekční mononukleózy nás vedla již před léty ke komplexnímu vyšetření každé angíny, peritonzilitidy či zvětšení uzlin s cílem vyhledat podklady pro případná další opatření. Toto sdělení obsahuje naše poznatky a jejich srovnání s některými literárními údaji.

1. Za posledních 5 let jsme hospitalizovali 20 nemocných s infekční mononukleózou.

Krom toho jsme měli onemocnění, které jako krajně podezřelé bylo ihned na podkladě klinického vyšetření odesláno na infekční oddělení KÚNZ.

V počtu 427 sledovaných onemocnění byla infekční mononukleóza prokázána ve 4,68 % (tab. č. 1). Z toho angín všeho druhu bylo 169, a počítáme-li pouze poměr angín k in-

4. Postižení uzlin:

U všech našich nemocných byly zvětšeny uzliny submandibulární do velikosti fazole, 1krát do velikosti švestky. U 6 nemocných (30 %) byly zvětšeny i uzliny krční, axilární a inguinální. Falk a Mauer (2) udávají přes 95 %, Abrahamovič (1) 87,5 %. Uvádí se, že zduří uzliny na krku převážně vlevo (2).

Tab. 1

427 sledovaných onemocnění (r. 1972—1976)

	Angíny	Plaut Vincentovy angíny	Abscesy	Lymf- adenitidy	Infekční mono- nukleózy	Infekční mono- nukleózy v % z celk. počtu	Celkem
1972	35	5	45	8	0	0	93
1973	25	9	32	6	2	2,75	72
1974	35	10	37	7	10	11,25	89
1975	43	7	37	8	2	2,10	95
1976	31	6	31	10	6	7,70	78
Celkem	169	37	182	39	20	4,68	427

fekční mononukleóze, byla infekční mononukleóza ve 12,4 %. Zcela mimořádný byl rok 1974, kdy na 35 angín připadala 10krát infekční mononukleóza, tj. 28,7 %.

Benike (3) měl z 835 nemocných s akutní tonzilitidou 20 % infekčních mononukleóz. Evans (3) uvádí u respiračních infekcí 21,5 % infekčních mononukleóz.

2. Žádná naše infekční mononukleóza nebyla útvarovým lékařem poslána s touto diagnózou. Podle Abrahamoviče byli jejich nemocní posláni jako podezřelí v 30 %, a to již po předchozím vyšetření KO. Meythaler a Häupler měli doporučující diagnózu při přijetí do nemocnice u 150 nemocných tuto: 86krát záškrt, 14krát angína, 11krát spála, 7krát septická angína, 7krát leukémie. Dg. infekční mononukleóza pouze 6krát, tj. 6 % (3).

3. Z 20 osob s infekční mononukleózou jsme v 16 případech nemocné přijali s angínou různého klinického obrazu (tj. 80 % — tab. č. 2).

V písemnictví kolísají údaje zjištěné angíny od 65,5 % (1) do 90 % (3).

Pouze 4 nemocní měli jiné příznaky, a to:

- 1krát febrilní stav se zvětšenými submandibulárními uzlinami, kde se angína neobjevila po celou dobu 13 dní hospitalizace.
- 1krát zduření uzlin po angíně před měsícem
- 1krát se vytvořila ulcerózní angína jednostranná 4 dny po přijetí
- 1krát šlo o zduření mízních krčních uzlin při chronické tonzilitidě.

5. Zvětšení jater a sleziny jsme našli u 8 nemocných (40 %) téměř vždy i se zduřením jiných uzlin než submandibulárních. Literární údaje udávají zvětšení jater ve 25—29 %, sleziny v 50—60 % (1, 2, 4).

6. Příznaky méně obvyklé jsme měli 5krát: 1krát bolesti v kříži, 1krát nadměrná spavost, 1krát závratě a bolesti v čelní krajině, 1krát 9 dní trvající meningismus, úporné bolesti hlavy a bolesti v břiše, rovněž 1krát.

Pro bolesti v dutině břišní imitující akutní apendicitidu byly podle literárních údajů dělány opakovaně apendektomie (4).

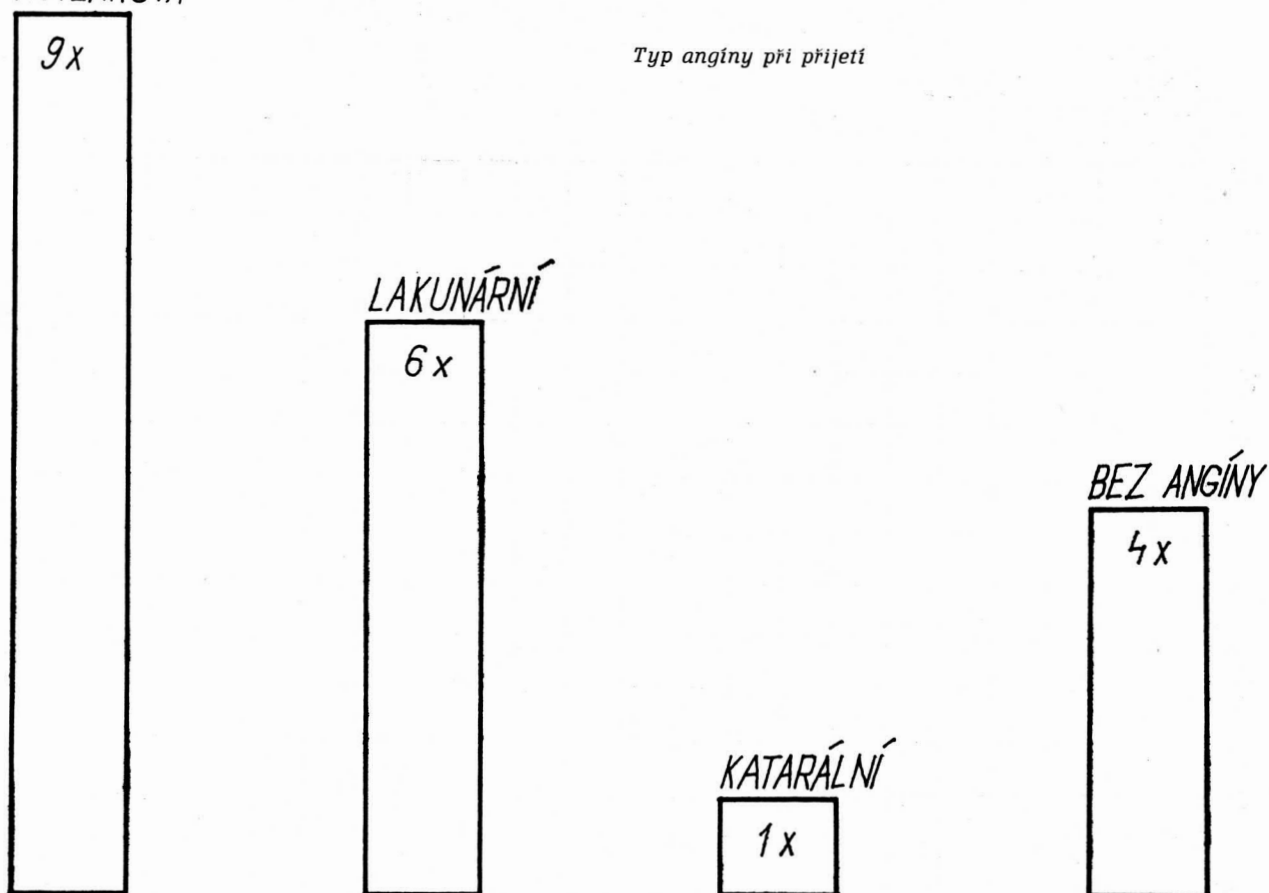
7. Typické změny v krevním obraze a v diferenciálním počtu byly u našich nemocných různě vyjádřeny lymfocyto-monocytní složkou v 75 % (tab. č. 3). Leukocytóza nad 14 000 byla u jednoho nemocného, nad 13 000 též u jednoho nemocného, nad 11 000 u 3, u 1 nemocného byla leukopenie 4400, u ostatních se počet leukocytů pohyboval v normálních mezích (tab. č. 4).

Leukocytóza je popisována v rozmezí 3—43 tisíce (1), 12—13 tisíc, vzácně 50 tisíc, ojediněle 80 tisíc.

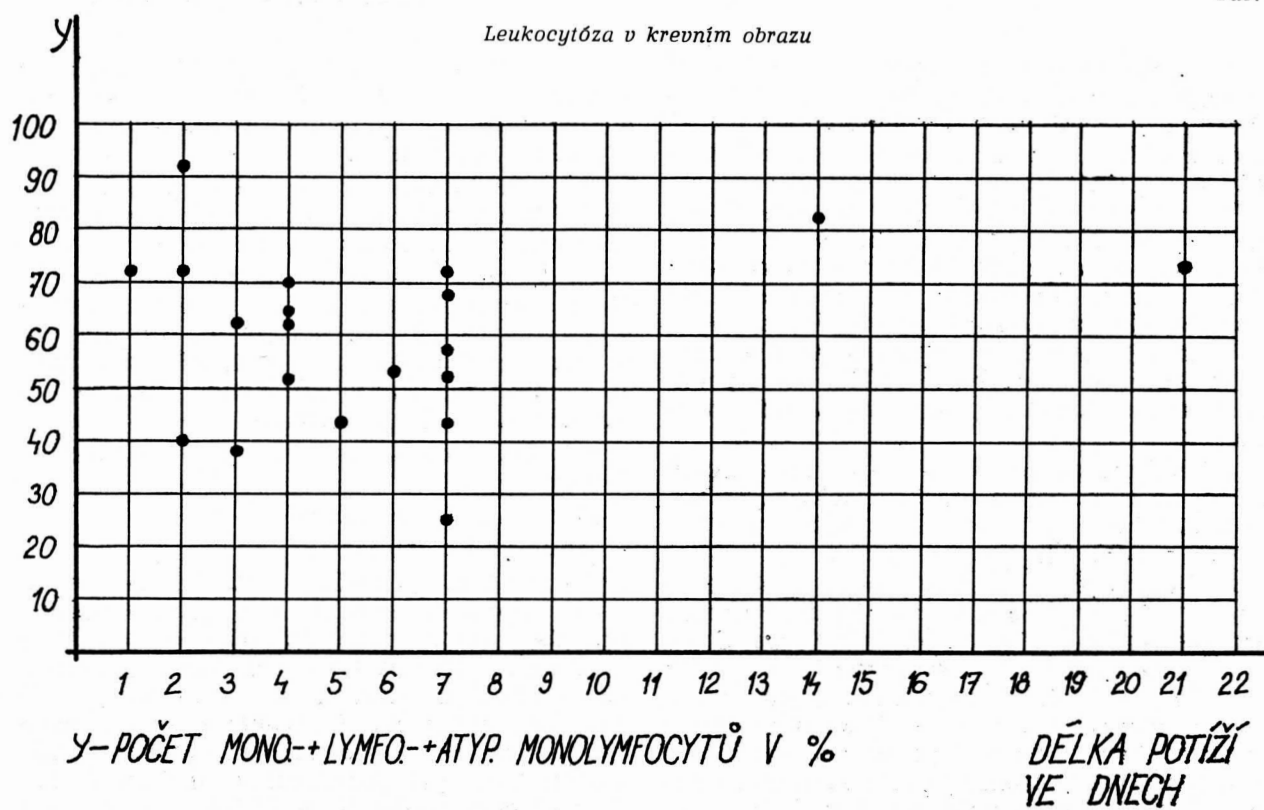
8. Paulova-Bunelova reakce (tab. č. 5) byla v 85 % pozitivní s různě vysokými titry (1:56—1:448), IM test byl pozitivní u všech nemocných. Průkaznost Paulovy-Bunelovy reakce se hodnotí na 60—70 % (7), 72 % (1), 80—90 % (2). IM test vyráběný Spofou podle Hoffové a Bauera (5), který se nám nejlépe osvědčil, nebyl námi sledovanými autory používán. Jsme si ovšem vědomi, že tento test není

POVLAKOVÁ

Tab. 2

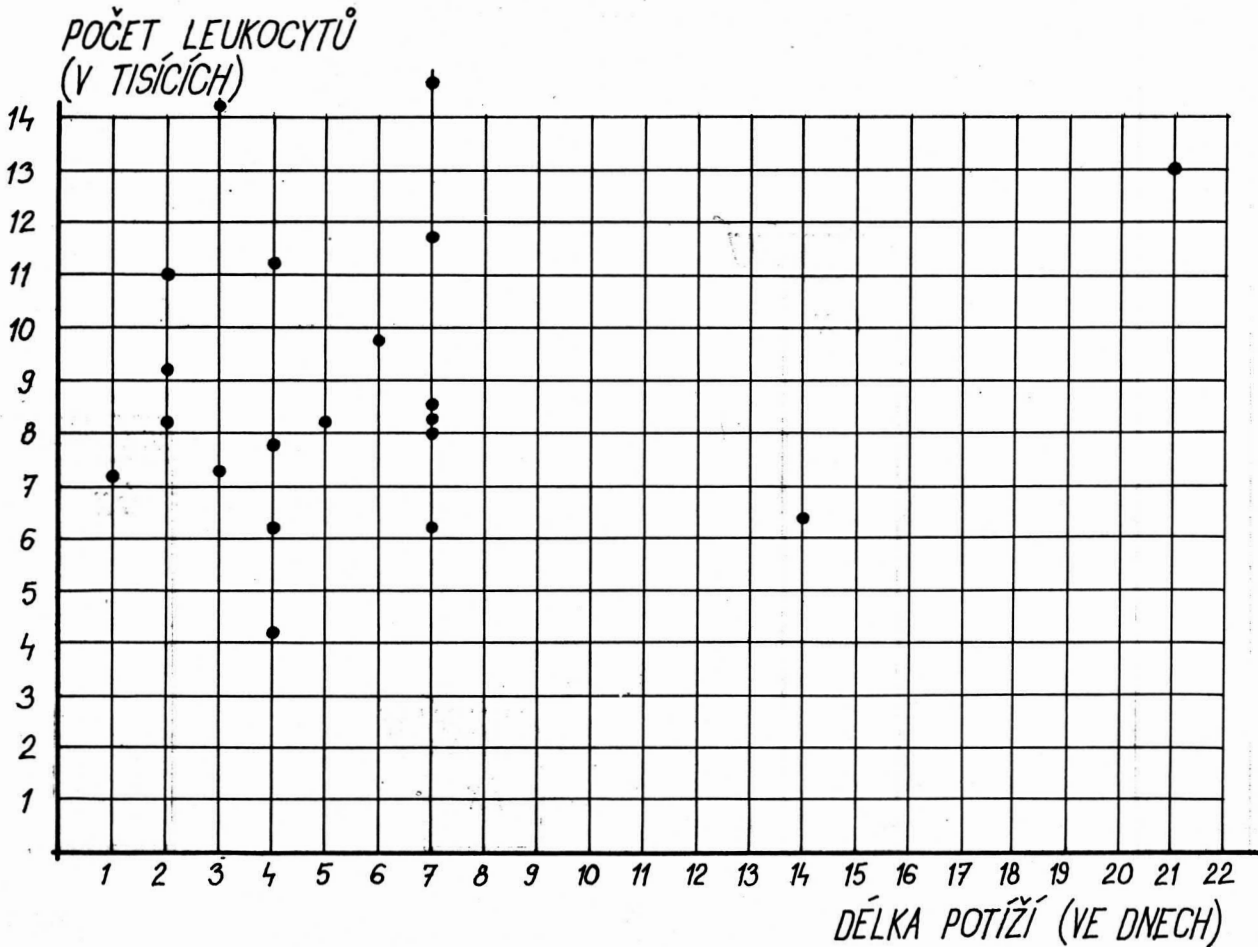


Tab. 3



Tab. 4

Počet lymfocyto-monocytárních elementů vyjádřený v %



rovněž specifický a ukázal se nám pozitivní i u jiných onemocnění. Úhrnný počet prokázaných onemocnění infekční mononukleózou na všech odděleních naší nemocnice byl za sledovaných 5 let 61, IM test byl pozitivní vždy.

Vedle toho byl IM test + u 27 nemocných, kde se infekční mononukleóza neprokázala. Šlo o tato onemocnění: 7krát angína různého typu, 7krát viróza často protrahovaná, 1krát s postižením jater, 2krát lymfadenitis, 1krát perinefritické ložisko streptokokového původu, 1krát akutní ataka revmatické horečky s postižením srdce, 9krát diagnózu nebylo možno stanovit.

9. FW byla různě vysoká — od normálních hodnot až k hodnotám značně vysokým (60/95). Větší urychlení sedimentace je všeobecně považováno za projev superinfekce.

10. Jaterní testy ukázaly postižení jaterního parenchymu v 60 %. Byl vyšetřován bilirubin přímý a nepřímý, TZR, SGOT, SGPT (tab. č. 6).

Poškození jater se zjišťuje v 54 % (1) až do 90 % (4). Podle některých (4) nejde o komplikaci, nýbrž o průvodní jev. Postižení jaterního parenchymu nemusí být vždy přímo úměrné jeho zvětšení. Afekce jaterní vyžaduje v době rekonvalescence nejméně 2 měsíce upus-

tit od větší tělesné námahy a stravy s přepalovanými tuky, což není přirozeně u vojáka základní služby splnitelné a podmiňuje jeho propuštění do zálohy.

11. Délka trvání potíží, než se pacienti dostavili k hospitalizaci, byla nejčastěji 4–7 dní, s hraničními hodnotami 1 den až 3 týdny.

12. Závislost na ročním období jsme na naší sestavě nepozorovali, šlo o případy sporadické, vyskytující se celoročně. Nápadný je vzestup onemocnění v r. 1974, kdy jsme měli 10 nemocných s infekční mononukleózou, tedy plných 50 % naší sestavy.

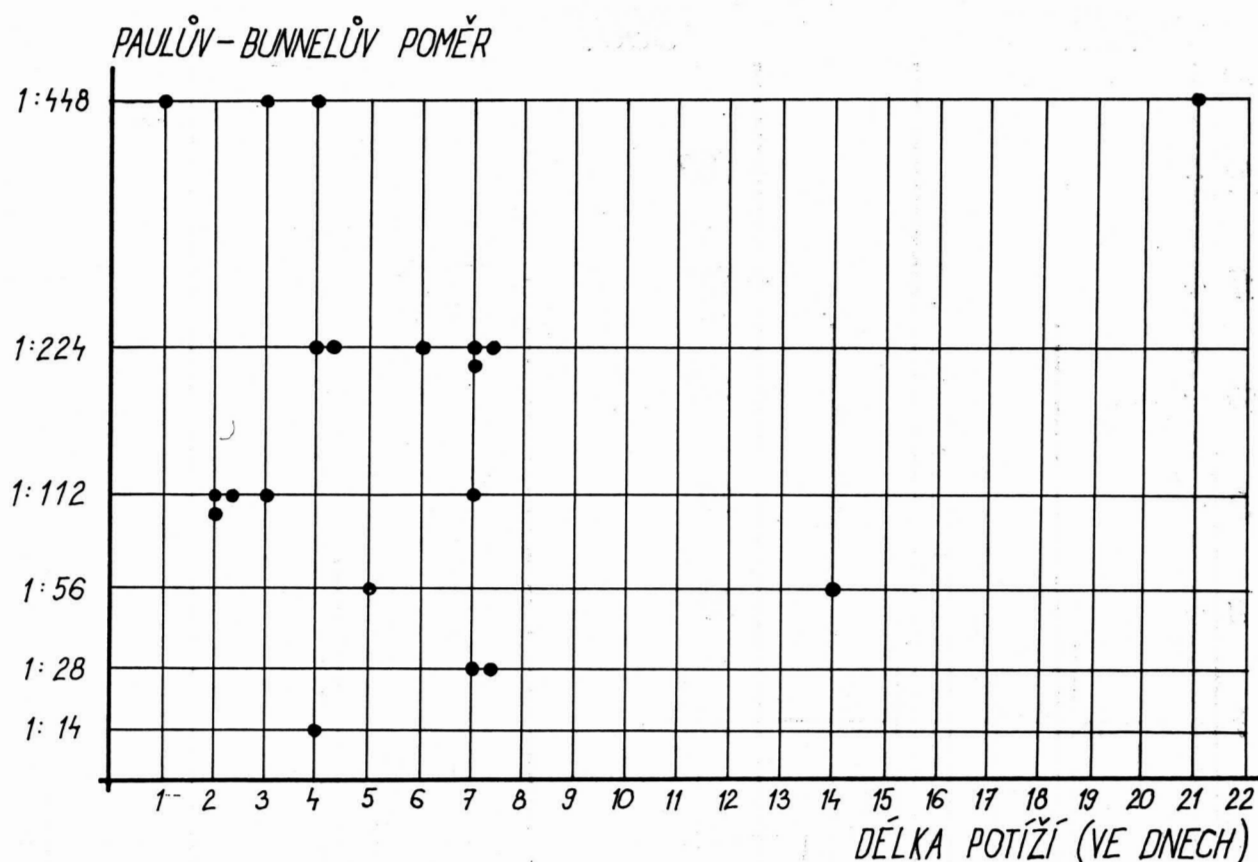
Infekční mononukleóza se vyskytuje ve dvou formách:

- a) ve formě sporadické
- b) ve formě epidemické

Toto zjištění pochází již od Pfeiffera a do dnešního dne se na tom nic nemění. Je otázka, zda jde o totožné onemocnění. Pro způsob léčení a možnost následků jsou obě onemocnění považována za infekční mononukleózu (4). My jsme ani v největší frekvenci našich nemocných neviděli ani epidemii, ani vysokou kontagiózitu. LOU (4) pozoroval v čínském učitelském ústavu epidemii se 77,2% morbiditou a

Tab. 5

Titr Paulovy-Bunnelovy reakce u našich nemocných



se započtením podezřelých udává 96,7 % onemocnění.

Ačkoliv většina našich nemocných byli vojáci v základní službě, kteří žijí ve velkých kolektivech, u žádného onemocnění jsme nezjistili epidemickou souvislost. Z 5 civilních osob, které jsme léčili, byli 4 studenti — chorooba studentů — a 1 elektromontér. Zajímavý je případ dvou sourozenců, z nichž jeden byl u nás léčen pro infekční mononukleózu v červnu 1976 a druhý v říjnu téhož roku, tedy v rozmezí 6 měsíců.

V možnost opakování onemocnění se nevěří, považuje se za raritu. Existuje sdělení o 3,5 roku trvajícím chronické recidivující infekční mononukleóze (Moeschlin). Jiný nemocný měl vždy každé 2—3 měsíce zduření uzlin a horečky (Asaacs 3).

13. Stanovení diagnózy:

Diagnóza se stanoví z nálezů klinického a potvrzuje se laboratorně (4). Maximum z laboratorních nálezů je pozorováno ve 2. a 3. týdnu.

Někteří (1) považují za nejdůležitější a základní vyšetření KO + diff. Jiní požadují celé trias, aby potvrdili diagnózu. To znamená angínu se zduřením uzlin, nález v KO, pozitivní Paul-Bunnell. Pokud jsou pouze splněny dva uvedené ukazatele, mluví o podezření (3). U našich nemocných byl nejspolehlivější IM test — ve 100 %, naopak KO pouze v 75 %.

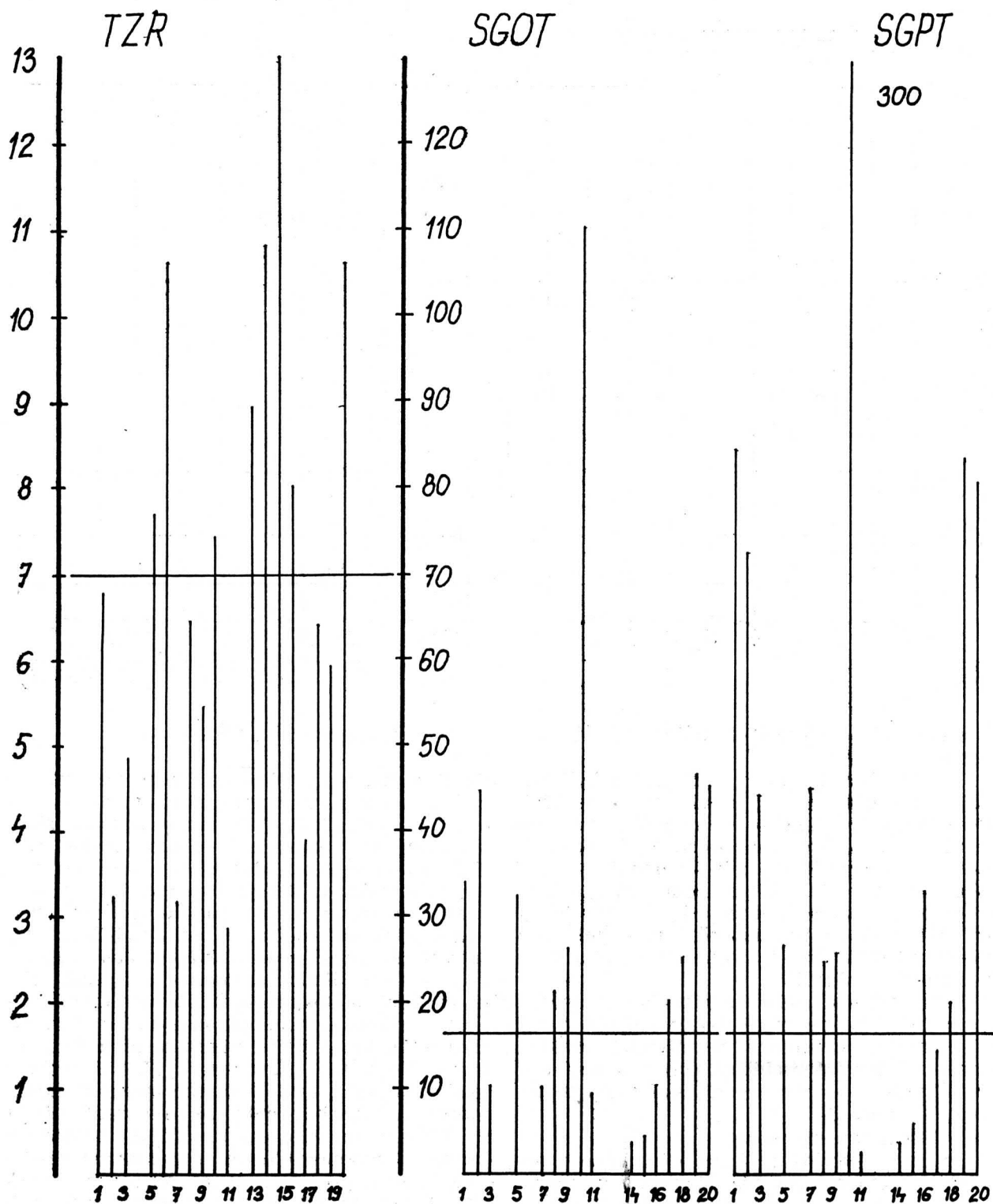
14. Chirurgické komplikace a urgentní operace:

Velký význam pro ORL pracoviště mají všechny procesy, které mají vliv na zúžení dýchacích cest. Podle literatury přibývá život ohrožujících komplikací tohoto druhu (2). V důsledku velkého zduření lymfatického kruhu, především u dětí s hypertrofickými tonzilami, objevuje se stridorózní dýchání, případné poruchy srdeční, plicní a oběhové. Operativní zákrok se nedá odkládat. Podle některých autorů (Ranta a Grahne i Nessel) (2) je dechová nedostatečnost původu tonzilárního při infekční mononukleóze indikací bezřízikové TE, které dávají přednost před tracheotomií. Nebe (2), (9) operoval TE s úspěchem také v průběhu těžké septické infekční mononukleózy. Tracheotomie se ale nedá obejít v těžkých pseudomembranózních případech infekční mononukleózy s edematózním zduřením hrtanu, při oboustranné obrtně rekurentů (2). Černý dosáhl promptní ústup septických příznaků u velmi těžkého průběhu infekční mononukleózy u vojáka v základní službě po podvazu druhostranné venae jugularis int. po předchozím neúspěchu podvazu jednostranného.

U našich pacientů jsme závažné chirurgické komplikace neviděli. 1krát jsme měli větší edém patra a čípku, obtíže byly zvládnuty kor-

Tab. 6

Výsledky jaterních testů



tikoidem. V jednom případě jsme před léty provedli incizi peritonzilární flegmóny. Infekcionista uvádějí, že se dá většině chirurgických komplikací předejít včasnou léčbou antibiotiky, kortikoidy a antialergiky.

15. Problematika TE a AT v akutní fázi infekční mononukleózy:

V počtu nemocných námi sledovaném a nikdy předtím jsme nemuseli uvažovat o nutnosti TE za tepla. Naopak jsme nikdy neviděli infekční mononukleózu u pacientů po TE. Domníváme se, že infekční mononukleózu u tonzilektomovaných neviděli ani námi výše uvedení sledovaní autoři, protože by se o této

okolnosti jistě zmínili. A přitom je počet tonsilektomovaných v populaci tak veliký, že podle počtu pravděpodobnosti bychom se s nimi museli u infekční mononukleózy setkat. Ikrát jsme měli před léty pacienta, který se podrobil půl roku před onemocněním infekční mononukleózou jednostranné TE pro peritonziální absces. Zda by byl onemocněl infekční mononukleózou, kdybychom provedli TE oboustranně, je otázka. Jsou však práce, které se touto problematikou zabývají. Jakko (10) předložil sdělení o 395 nemocných s infekční mononukleózou. 247 (88 %) nemocných mělo v hltanu pseudomembrány. Ve 12 případech (3 %) šlo o nemocné po TE v raném dětství. Lymfadenoidní tkáň byla dokonale odstraněna. 6 nemocných mělo hltan zcela volný, 6 postižených mělo na stěnách hltanu rovněž pablány.

Goode a Coursej (9) sledovali soubor 1183 studentů, kde I. skupina — byla 203 osob s klinickou infekční mononukleózou a pozitivními laboratorními testy, u kterých byl ve 22 % stav po TE.

II. skupina — 980 osob zdravých bylo po TE v 41 %. Nízký výskyt infekční mononukleózy u stavů po TE nasvědčuje tomu, že lymfatická tkáň Waldayerova okruhu může sloužit jako rezervoár Epsteinova-Barrova viru a že dřívější TE může snižovat možnost onemocnění infekční mononukleózou.

V roce 1974 publikovali své zkušenosti o TE v akutním stadiu monocytní angíny Mann a Lange (9). Opírajíce se o nejnovější poznatky vzniku infekční mononukleózy, která je považována za postinfekční onemocnění imunologického charakteru, provedli 22 osobám TE u protrahovaných, převážně vysoce horečnatých infekčních mononukleóz ne již jako řešení komplikací, nýbrž jako běžnou léčbu. Pooperační průběh byl podle těchto autorů tak úspěšný (např. naprostá ztráta teploty již druhý den po operaci u všech, praktické zhojení choroby za 1 týden, s vymizením patologických, enzymatických testů a ústupem hepatosplenomegalie), že kdyby tyto úspěchy byly opakovatelné, znamenalo by to naprostý převrat v léčbě infekční mononukleózy.

Kouba, Šíbl a kol. (8) provedli 2krát úspěšně adenotomii a operaci pseudotu nosohltanu při infekční mononukleóze.

Závěr

Rozbor 20 případů infekční mononukleózy na ORL oddělení vojenské nemocnice v Čes-

kých Budějovicích za posledních 5 let nevybočuje z poznatků velkých sestav. V rozboru jsme se dotkli i některých posledních názorů o podstatě a možnosti chirurgické léčby monocytní angíny tonsilektomií. Cílem práce bylo poukázat na to, že

1. infekční mononukleózy v našich vojenských poměrech měly v 80 % angínu různého klinického typu,
2. že v terénu nezbytně probíhá řada nepoznaných infekčních mononukleóz,
3. že rychlý a nenáročný IM test byl ve 100 % pozitivní.

Z těchto důvodů vyslovujeme názor, že by všichni vojáci, kteří prodělali jakoukoli angínu, měli být vyšetřeni 8. den IM testem. Jde o vyšetření snadné, které žádnou laboratorní nezatíží.

Literatura

1. Abrahamovič, M. - Janele, J.: Tonzilární nálezy u infekční mononukleózy. Čs. Otolaryng., 22, 1973, č. 4, s. 249—253.
2. Falk, P. - Mauer, H.: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Band II. Teil I. - Berendes, Link - Zöllner.
3. Goode, R. L. - Coursey, D., L.: Tonsillectomy and infectious mononucleosis-possible relation Laryngoscope 86, 1976, č. 7, s. 992—956.
4. Gsell, O. - Mohr, W.: Infektionskrankheiten, Band I. Mononukleosis infekciosa von H. K. von Rechenberg. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag 1967, s. 809-839.
5. IM-Sevatest, Seznam výrobků. Informační služba Sevac 1972/73, Praha 1972, s. 99.
6. Jaakko, S. - Lumio: Infectious mononucleosis and antibiotic therapy, Acta oto-laryng., 47, 1957, č. 1—6, s. 251—257.
7. Kouba, K.: K otázce otolaryngologických komplikací u infekční mononukleózy. Čs. otolaryng. X, 1961, č. 2, s. 98—101.
8. Kouba, K. - Lobovská, A. - Šíbl, O. - Helbich, P.: Pseudotumory nosohltanu u infekční mononukleózy. Čs. otolaryng., 26, 1977, č. 1., s. 40—44.
9. Mann, V. - Lange, G.: Die Tonsillectomie im akuten Stadium der Monocytenangina. Laryngologie, Rhinologie, Otologie, 53, Jahr, Heft 11. 1974, s. 826—830.
10. Price, T. - M., L.: Glandular Fever. J. Laryng. and Otolaryng., 80, 1966, č. 4, s. 339.
11. Rosa, L. - Janele, J.: Příspěvek k diferenciální diagnóze infekční mononukleózy. Praktický lékař, 53, 12, 1973.
12. Seznam nemocí a vad. Zdrav. 2. 1. (práv.) Praha, MNO 1969.