

616—002.771—039

### ATYPICKÝ OBRAZ AKUTNÍ ATAKY REVMAICKÉ HOREČKY

Plukovník MUDr. Jan HAUER, CSc.

II. vnitřní oddělení Ústřední vojenské nemocnice (náčelník gen. dr. Jiří Smrčka)

Předneseno na 3. vědecké konferenci ÚVN 14. května 1965.

Posuzovat, zda akutní ataka revmatické horečky probíhá typicky či atypicky, je možno jen tak, že k tomu použijeme stále stejných kritérií. V současné době se v celém světě používá tzv. modifikovaných kritérií podle Jonese, která jsou zároveň pomůckou v diagnostice revmatické horečky. Za „velké“ Jonesovy příznaky se u nás pokládá carditis, polyarthritis, noduli rheumatici, tzv. typické revmatické vyrážky, chorea a konečně i úspěch protirevmatické léčby. Za „malé“ Jonesovy příznaky pokládáme horečku, artralgie, prodloužení intervalu PQ v ekg (ale také jiné známky poškození myokardu zánětlivé povahy), dále pozitivní laboratorní testy (i když nespecifické, jako zrychlenou sedimentaci krve podle FW, leukocytózu, zkrácený Weltmann, elektroforézu krevních bílkovin, mukoproteinový tyrosin, C-reaktivní protein a mnoho dalších), mikrobiologický nebo sérologický průkaz infekce beta-hemolytickým strep-

tokokem a nepochybnou ataku revmatické horečky v anamnéze. K malým příznakům někdy ještě počítáme pallor, debilitas a epistaxi nebo jiné projevy fragility cév. Diagnóza „revmatická horečka“ (dále jen r. h.) je pravděpodobná, jsou-li přítomny aspoň dva velké Jonesovy příznaky, nebo jeden velký Jonesův příznak a 2 malé příznaky.

Zdávalo se nám, že v posledních letech přibývá nemocných akutní atakou r. h., u kterých převládají projevy postižení kloubů zánětem často výpotkové formy, vedoucí až ke vzniku hydrodsu, kteří však nemají řadu ostatních Jonesových příznaků, zejména chybí projevy poškození srdce. Vzali jsme si za úkol zjistit v klinickém materiálu, zda existují přesně ohraničitelné typy průběhu akutní ataky revmatické horečky, a v případě, že lze identifikovat „atypický průběh“ akutní ataky, zda lze i takový průběh považovat za r. h., nebo zda je to jiné onemocnění.

### Materiál a metoda

Prohlédli jsme dokumentaci všech nemocných hospitalizovaných v Ústřední vojenské nemocnici s diagnózou „akutní ataka r. h.“ za posledních 10 let (1955—1964) a dodatečně ještě pro srovnání za léta 1947 a 1950. Celkem jsme prohlédli 34 128 chorobopisů interních oddělení ÚVN, z nichž bylo 908 nemocných hospitalizovaných s diagnózou „akutní ataka r. h.“. Dokumentaci akutních revmatiků jsme hodnotili podle modifikovaných Jonesových kritérií a podařilo se nám identifikovat celkem 4 typy průběhu „akutní ataky r. h.“: 1. Typický a charakteristický průběh odpovídající plně požadavkům Jonesových kritérií. 2. Ne zcela charakteristický, ale ještě typický průběh, odpovídající požadavkům Jonesových kritérií, ale buď výrazně lehčí než u obvyklé akutní ataky, nebo průběh s postižením některých neobvyklejších orgánů (játra, plíce apod.). 3. Necharakteristický průběh (zde mohla být splněna některá Jonesova kritéria, popřípadě i jejich dostatečný počet, ale vesměs tu nebyla příznivá odezva na protirevmatickou léčbu, a vývoj některých příznaků opravňoval k tomu, že bylo upuštěno od původní diagnózy „ataka r. h.“ a konečná diagnóza byla progresivní primární polyarthritis, morbus Bechtěrev, morbus Reiter, fokální arthritis apod.). 4. Typ průběhu se projevoval vzhledem k Jonesovým kritériím obdobně jako třetí, ale byl mezi nimi rozdíl v tom, že přes atypický průběh nebylo možno v žádném případě identifikovat onemocnění jinak než r. h., takže jako počáteční i konečná diagnóza zde zůstávala akutní ataka revmatické horečky.

*Výskyt jednotlivých typů průběhu akutního kloubního hostce*

Rok	Interních hospitalizovaných	Hospitalizovaných s dg. r. h.	% r. h.	Typy průběhu akutních atak r. h.				% 4. typu
				1.	2.	3.	4.	
1947	1103	33	2,90	16	15	0	2	6,06
1950	1852	64	3,45	40	19	0	5	7,80
1955	2918	91	3,11	52	18	2	7	7,69
1956	2625	79	3,00	51	11	1	7	8,86
1957	2640	92	3,48	66	15	6	5	5,43
1958	2603	75	2,88	63	2	2	0	0,00
1959	2858	74	2,58	44	17	3	7	9,45
1960	3338	128	3,83	93	21	5	6	4,68
1961	3572	76	2,12	48	20	4	4	5,26
1962	3571	76	2,12	43	17	2	8	10,52
1963	3541	42	1,18	23	5	6	4	9,52
1964	3507	78	2,22	39	25	5	7	8,97
Celk.	34128	908	2,65	577	185	36	62	6,83

Na tabulce je vidět frekvenci výskytu akutního hostce mezi hospitalizovanými na interních odděleních ÚVN v jednotlivých letech a celkově. Je vidět výrazný ústup počtu hospitalizovaných akutních revmatiků, počínaje rokem 1961; to je ve shodě s celosvětovým názorem na ústup r. h., související pravděpodobně s racionálním léčením angín, jakož i se zavedením organizované prevence penicilínem. Dále ukazuje tabulka vý-

skyt jednotlivých forem průběhu akutní ataky; výskyt 4. typu průběhu v jednotlivých letech dosti kolísá a celkově činil 6,83 % ze všech akutních revmatiků. V posledních letech byl výskyt tohoto typu průběhu jen o něco málo častější.

Pro identifikaci 4. typu průběhu akutní ataky r. h. jsme stanovili tato pracovní kritéria:

1. Srdce není postiženo ani přechodně, tj. ani endokard, perikard nebo myokard — fyzikální nálezy i ekg vždy normální.
2. Artritis buď bez zřetelného výpotku nebo zánět kloubu s výpotkem; pro tento syndrom je typické monoartikulární postižení, může však být i polyarthritis. Jindy začíná artritis na více kloubech, na většině z nich odezní a na jednom kloubu zůstává hydrops.
3. Relativní neúspěch protirevmatické léčby salicyláty nebo jejich deriváty — aspoň potud, že trvají i po zvládnutí artritidy poměrně dlouho artralgie, které je nutno popřípadě léčit i jinými prostředky (převody salicylované krve, Fenylbutazon nebo i kortizonoidy).
4. Nepravidelné subfebrilie místo typického průběhu teplotní křivky (několik dní horečka a pak kritický pokles); tento bod však nelze pokládat za rozhodující pro identifikaci tohoto syndromu.
5. Jen málo nebo středně zrychlená sedimentace červených krvinek podle FW (ani velmi zrychlená SE však tento syndrom nevylučuje!).
6. Z ostatních laboratorních testů bývá pozitivní CRP, elektroforéza krevních bílkovin nebo Jokinena zkouška, kdežto mikrobiologický nebo sérologický průkaz streptokokové infekce bývá negativní.
7. V anamnéze nelze zjistit nepochybnou ataku revmatické horečky.
8. Počáteční i konečná diagnóza je revmatická horečka.

Z těchto 8 kritérií měli všichni naši nemocní se 4. typem průběhu pozitivních nejméně 5, někteří i 6 až 8.

Sovětský revmatolog A. J. Něstěrov ve své monografii s J. A. Sigidinem a na mezinárodních revmatologických kongresech ve Stockholmu 1963 a v Piešťanech 1964 referoval o přechodných syndromech mezi revmatickou horečkou a progresivní polyartritidou. Ze skupiny 3000 nemocných r. h. vyčlenil 130 nemocných, charakterizovaných akutním postižením obvykle jednoho, někdy však i více velkých kloubů zánětem nebo hydropsem, a chyběním jakéhokoliv postižení srdce. Tento syndrom, který nazývá Něstěrov „infekčně alergickou polyartritidou“, recidivuje v podobě atak prudké polyartritidy, klinicky velmi podobné revmatické horečce, ale odlišné od ní zvláště tím, že vždy chybějí jakékoli známky postižení srdce. Přes počáteční mnohdy vysokou horečku a někdy i leukocytózu je jen málo nebo nejvýše středně zrychlená sedimentace červených krvinek, je negativní difenylaminová zkouš-

ka i ostatní biochemické a imunobiologické testy, které bývají pozitivní u r. h. Něstěrov pokládá tento syndrom za samostatnou infekčně alergickou jednotku, která podobně jako revmatická horečka je projevem reakce na nazofaryngeální streptokokovou infekci.

Srovnáme-li náš 4. typ průběhu akutní revmatické horečky s tímto „Něstěrovovým syndromem“, vidíme, že jde o identické onemocnění. Frekvence výskytu tohoto syndromu je v našem materiálu o něco větší, než ji udává Něstěrov (6,83 % : 4,33 %).

#### Závěry

Diagnózu „infekčně alergické polyartritidy“ není ovšem možno stanovit před odesláním do ústavního léčení; dále platí pravidlo o „cura

praecox“ a jistě nikdo se neodvážil předem prohlásit o nemocném s akutní artritidou, že to není ataka r. h., nýbrž infekčně alergická polyarthritis. Identifikovat tento syndrom lze jen na podkladě komplexního ústavního pozorování a léčení. Přesto se domníváme, že je nutno se snažit tento syndrom oddělit od typické revmatické horečky. Zdá se, že bude nutno revidovat i dosavadní názory na prognózu, posuzování schopnosti k vojenské službě i prevenci dalších atak této vydělené infekčně alergické polyartritidy; je to onemocnění pravděpodobně benignější než revmatická horečka. Zdůrazňujeme však opakovaně, že rozhodnout o tom, který nemocný má r. h. a který infekčně alergickou artritidu, může jen odborný lékař na základě ústavního pozorování a léčení.