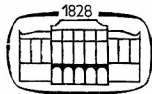


A KORÁNYI SÁNDOR TÁRSASÁG TUDOMÁNYOS ÜLÉSEI

X.

A NEPHROLOGIA HALADÁSA

SZERKESZTETTE:
MAGYAR IMRE



AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST 1970

PTE OEC KÖNYVTÁRA



00012345

TONSILLECTOMIA HATÁSA A GLOMERULONEPHRITIS AKTIVITÁSÁRA

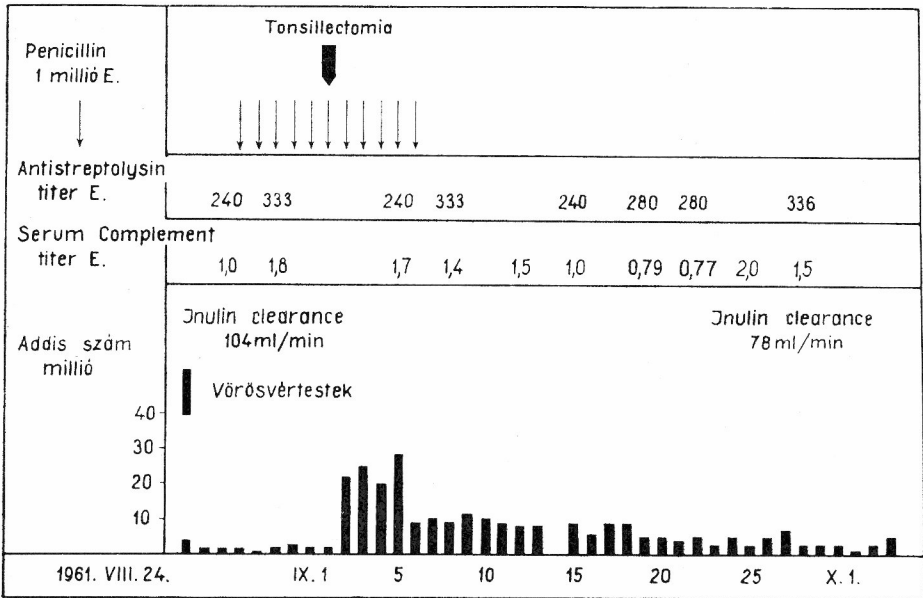
Az angolszász irodalom szerint a tonsillectomia nem indikált akut glomerulonephritisben vagy akut glomerulonephritist követő állapotokban [1]. Viszont a német iskola továbbra is fenntartja azt a nézetét, hogy csupán a tonsillectomia időpontja lehet vitás [3, 5]. A francia álláspont szerint a kérdés még nincs eldöntve [4]. A tonsillectomia indikációja azon az elgondoláson alapul, hogy a tonsillában mint gócban baktériumok rejtőzködhetnek, amelyeknek antigen funkciója előmozdíthatja a krónikus nephritis kialakulását. Ebben a munkában azt vizsgáltuk, hogy jogosult-e a tonsillectomia az antibiotikum érában.

Anyag és módszer

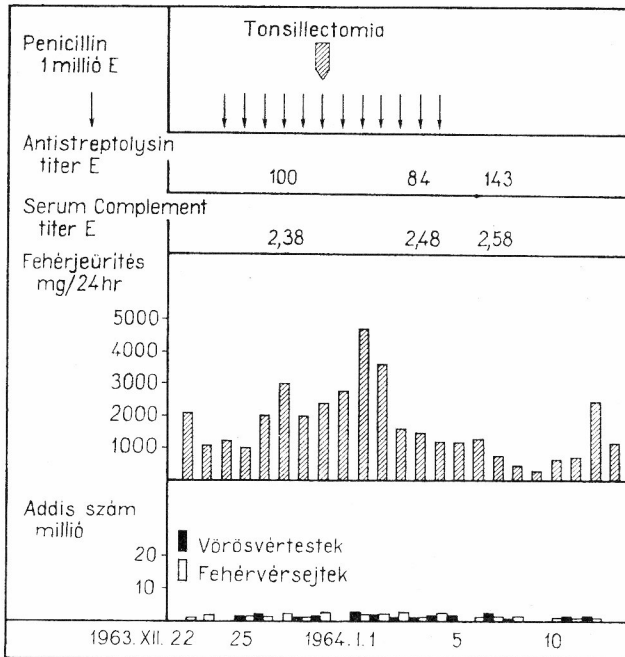
A tonsillectomia hatását évek során 71 akut glomerulonephritisben (I. típusú nephritis), 6 nephrosis syndromában (II. típusú nephritis), 9 krónikus nephritisben és 1 örökletes nephritisben részletesen tanulmányoztuk. A kórfolyamat aktivitását kvantitatív üledékvizsgálattal és a serum complement titer meghatározásával ellenőriztük. A vese működését endogen creatinin clearance, és reprezentatív esetekben inulin- és PAH clearance alapján ítéltük meg. A tonsillectomia antibiotikum védelemben történt (penicillin, erythromycin). A tonsillákat műtét után bakteriológiailag és szövettanilag haladéktalanul feldolgoztuk. Tizenhárom esetben a vér alvadási viszonyait is behatóan elemeztük műtét előtt és után. A GERENDÁS-féle coagulogramot euglobulin lysis idő mérésével és thrombelastographiás vizsgálatokkal egészítettük ki.

Eredmények

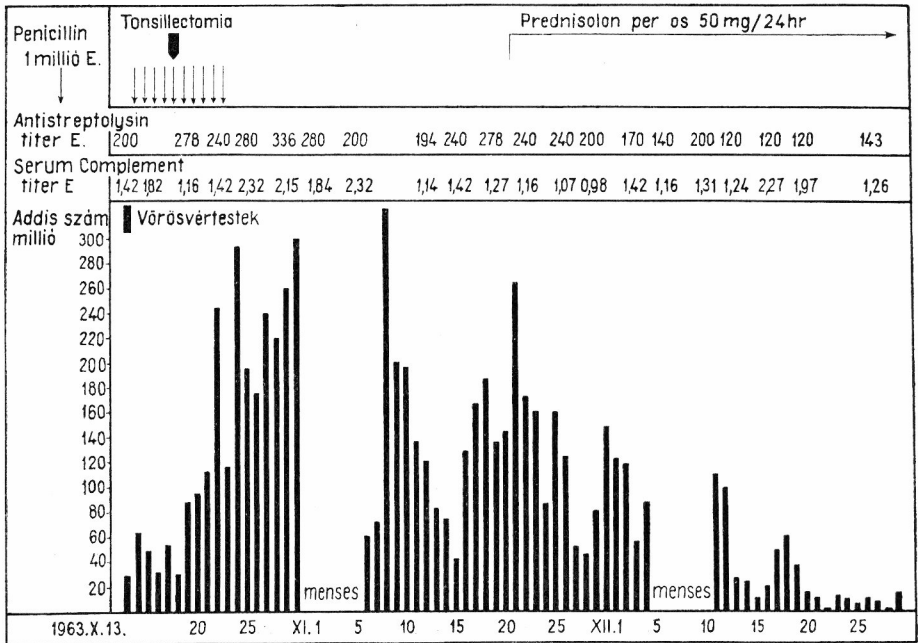
Tonsillectomia után a haematuria gyakran fokozódott. Nyolcvanhét eset közül kilencben makroszkópos haematuria támadt. A haematuriás reakció mikroszkópos típusát 45 esetben figyeltük meg. A haematuria fokozódása általában egy-két héten belül megszűnt. Némelyik esetben azonban a haematuriás reakció hosszabb ideig fennállott. Előfordult az is, hogy a különböző vesefunkciós próbák átmenetileg a veseműködés romlását mutatták. A proteinuria lényegesen nem változott. Néhány illusztratív példa:



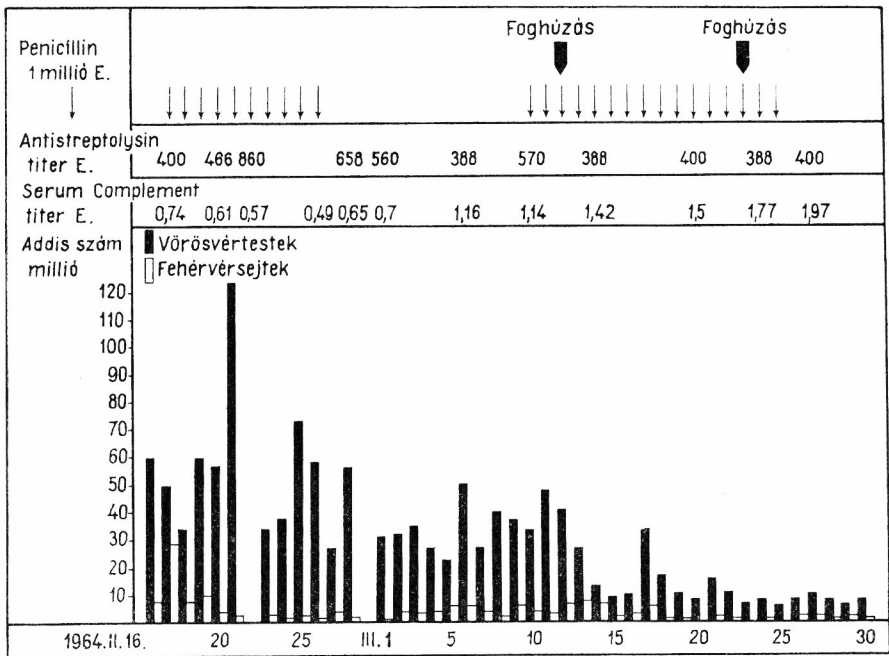
1. ábra. A mikroszkópos haematuria fokozódása tonsillectomia után akut glomerulonephritisben



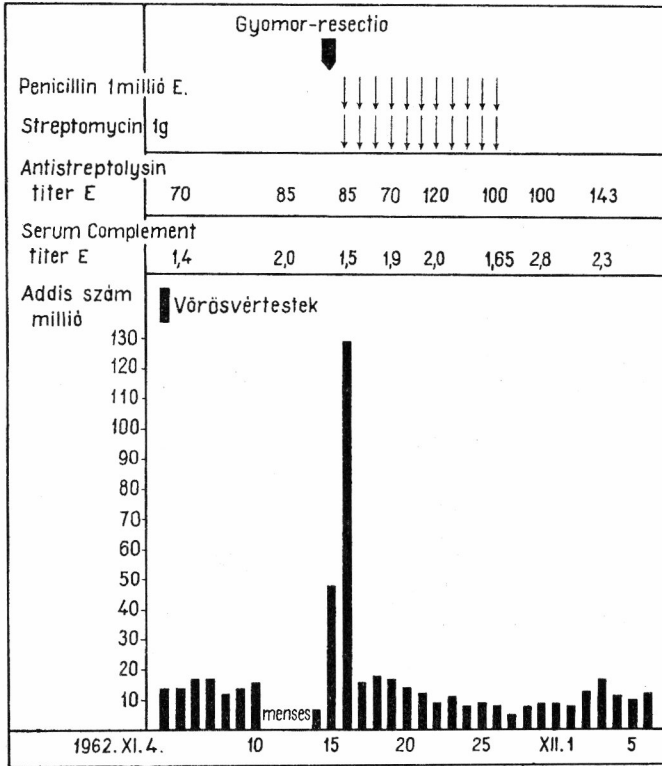
2. ábra. Tonsillectomia hatása a persistáló proteinúriára



3. ábra. A mikroszkópos haematuria fokozódása tonsillectomia után krónikus glomerulonephritisben



4. ábra. A fog-extractio hatása az akut glomerulonephritis aktivitására



5. ábra. A gyomor-resectio hatása az akut glomerulonephritis aktivitására

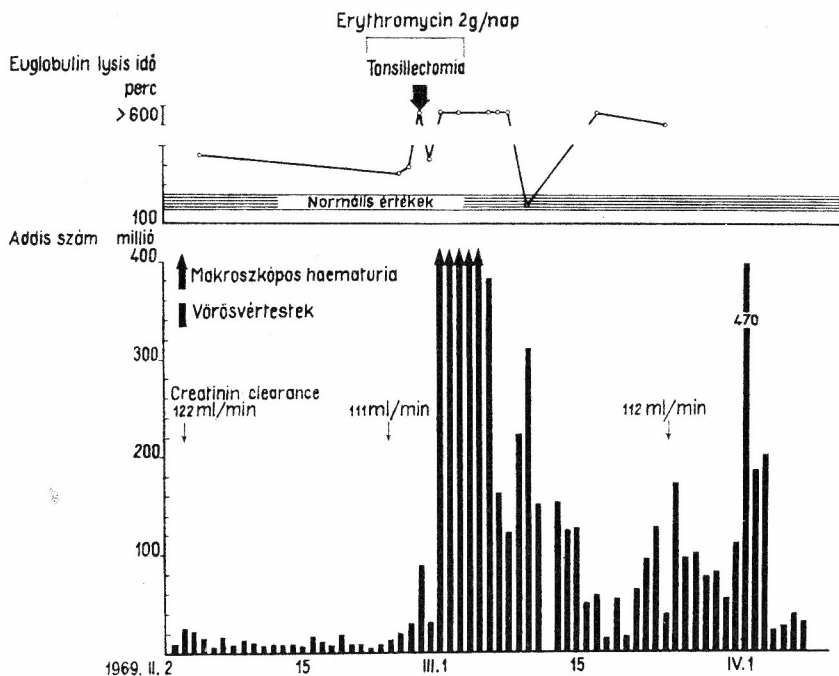
21 é. ♂ Akut glomerulonephritis. A tonsillectomia után kb. egy hónapig fokozódott a haematuria. Az inulin clearance pedig, amely a műtét előtt 101 ml/min. volt, 78 ml/min.-re csökkent még egy hónap múlva is (1. ábra).

43 é. ♂ Akut glomerulonephritis. Perszisztáló jelentős proteinuria. Lényeges változás a fehérjeürítésben nem következett be tonsillectomia után (2. ábra).

29 é. ♀ Krónikus nephritis aktív stádiuma. A mikroszkópos haematuria a műtét után nagymértékben felfokozódott, és a reakció elhúzódott. Az exacerbatio egy hónap múlva még mindig tartott. Ezért prednisolon-kezelést vezetünk be 50 mg/24 órás per os adagokban, mire éles, kedvező fordulat következett be a kórfolyamatban (3. ábra).

Az exacerbatio oka nem egészen világos. Többféle lehetőségre gondolhatunk:

1. Műtét közben streptococcus antigenek kerülnek a keringésbe, ami a túlérzékeny egyénben a kórfolyamat fellángolását okozza. Bár a krónikus tonsillitis histológiai jeleit gyakran megtaláltuk, a β -haemolyticus streptococcut 87 eset



6. ábra. Tonsillectomia után támadt makroszkópos haematuria és az euglobulin lysis idő viszonya

közül csak háromban sikerült kitenyészteni az eltávolított tonsillákból. Az anti-streptolysin-0 titer csak négy esetben emelkedett a műtétet követő időszakban.

2. A műtét nem specifikus ártalma. Az antibiotikum védelemben történt foghúzás (23 eset) egyetlen esetben sem fokozta a mikroszkópos haematuriát. A 4. ábrán láthatjuk, hogy az ismételt foghúzás sem járt a legkisebb haematurias reakcióval sem. A műtét 57 é. akut glomerulonephritisben szenvedő férfi betegen történt. Két esetben gyomor-resectiót végeztünk nephritiszes betegen. Egyikben azért, mert prednisolon-fekély alakult ki, amely erősen vérzett, a másik esetben pedig egy nehéz körülmények között élő cigányasszony nem tudta betartani a duodenalis fekélyének megfelelő diétát. A gyomor-resectio után csak kis haematurias reakciót figyeltünk meg (5. ábra, 33 é. ♀ akut glomerulonephritis). Ugyancsak nem fokozódott a haematuria artificialis abortus három esetében. Végül megemlítjük, hogy a tonsillectomia nem okozott haematuriát nem nephritiszes betegeken (15 eset).

3. Tonsillectomiát követő vérzékenység. Tizenhárom eset közül öt esetben fokozódott a fibrinolysis a tonsillectomia után, de a haematuria fokozódása nem hozható korrelációba az alvadási zavarral, amint azt a 6. ábrán láthatjuk.

30 é. ♂ Akut glomerulonephritis. A műtetre öt napig tartó makroszkópos haematuriával válaszolt a túlérzékeny egyén. Műtét előtt már az euglobulin lysis idő 500 perc körül járt, tehát lényegesen meghosszabbodott, vagyis a fibrinolysis csökkent. Műtét után a fibrinolysis nem fokozódott, talán még tovább csökkent, mert kettő kivételével az értékek mind 600 perc fölöttiek voltak. Következésképpen a makroszkópos haematuriát fibrinolysis fokozódással nem hozhattuk kapcsolatba.

4. Munkahipotézisünk szerint a tonsillectomiát követő haematuria fokozódása esetleg autoimmun mechanizmussal magyarázható.

Éles kedvező fordulat a kórfolyamatban csak 11 esetben következett be; az éles fordulat kritériuma lenne a haematuria csökkenése műtét után egy hónapon belül.

Megbeszélés

SARRE (5) szerint minden akut glomerulonephritisben el kell végezni a tonsillectomiát a betegség kezdetétől számított 6–8 hét elteltével még akkor is, ha meggyógyult. HEINTZ és CHRIST (2) arra hívja fel a figyelmet, hogy a korai tonsillectomia veszélyes. Egy betegük meghalt. A korai tonsillectomia után a beteg állapota romlott, és tüdő-oedemát kapott. REUBI (3) szerint minél hamarább el kell végezni, de csak akkor, ha az oedemák felszívódtak, és a keringési zavarok megszűntek. Szerinte krónikus nephritisben is indokolt, és örökletes nephritis esetén is ajánlatos. Adataink szerint a persistáló infekció egészen ritka, és a beavatkozás a kórfolyamat exacerbációját okozza legtöbb esetben. Ezért tonsillectomia rutinszerű elvégzését nem tartjuk helyesnek. Szerintünk a műtét indikációja a kórfolyamat persistáló aktivitása, amelynek legjobb jele a mikroszkópos haematuria Addis szerint meghatározva, és/vagy az alacsony complement szint.

Köszönetnyilvánítás

A bakteriológiai vizsgálatokat DR. RAUSS KÁROLY professzornak, a pécsi Mikrobiológiai Intézet igazgatójának és a kórszövettani vizsgálatokat DR. ROMHÁNYI GYÖRGY professzornak, a pécsi Kórbonctani Intézet igazgatójának ez úton is hálással köszönjük.

IRODALOM

1. EARLE, D. P., Glomerulonephritis. In Textbook of Medicine. Ed. BEESON, P. B.—MCDERMOTT, W., Saunders, Philadelphia—London 1967.
2. HEINTZ, R.—CHRIST, P., Mißerfolge der Herdsanierung bei diffusen Glomerulonephritis und ihre Ursachen. Dtsch. med. Wschr. 83, 2239, 1958.
3. REUBI, F., Klinik und Therapie der Glomerulonephritiden. In Handbuch der inneren Medizin. VIII. Bd. Nierenkrankheiten. 2. Teil. Hrsg. SCHWIEGK, H., Springer, Berlin—Heidelberg—New York 1968.
4. ROYER, P.—HABIB, R.—MATHIEU, H., Problèmes actuels de néphrologie infantile. Flammarion, Paris 1963.
5. SARRE, H., Nierenkrankheiten. Thieme, Stuttgart 1967.