

V posledních letech získávají na popularitě semináře, na nichž jsou prezentovány kazuistické případy. Jejich obliba spočívá v tom, že je popisován konkrétní případ, který se skutečně udál a který se může přihodit v kterékoliv ordinaci, v kterékoliv nemocnici. V rubrice „Jaká je Vaše diagnóza“ bychom rádi demonstrovali zajímavé případy z praxe. Současně bychom chtěli, aby si každý čtenář mohl vyzkoušet „stát u lůžka“ a sám řešit naznačený problém. V odpovědích na položené otázky se potom pokusíme komentovat diagnostický a terapeutický postup. Pokud někdo z Vás řešil ve své praxi, ať již na lůžkovém oddělení nebo v ordinaci, zajímavý případ a chtěl by se o něj podělit i s ostatními, kontaktujte prosím redakci.

Jaká je Vaše diagnóza?

Kojenec s nejasným febrilním stavem a vysokými zánětlivými markery

MUDr. Josef Gut, MUDr. Šárka Kučerová

Dětské oddělení NsP, Česká Lípa

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(1): 42

Na dětské oddělení byla přijata kolem 9. hodiny dopoledne 6měsíční holčička, dosud prospívající s negativní rodinnou i osobní anamnézou. Její porod proběhl v termínu s lehce nižší hmotností 2400 g s následnou bezproblémovou adaptací. Byla kojena 2 měsíce s přechodem na umělou stravu. Somaticky i psychomotoricky prospívající byla očkována dle kalendáře bez komplikací.

Dva dny před přijetím začala být neklidnější a objevily se teploty mezi 38–39 °C, které po aplikaci ibuprofenu klesaly na normální hodnoty. I následný den přetrvávaly febrilie a objevilo se nechutenství a intermitentní pláč, který byl v náručí matky ztišitelný. Spánek byl však neklidný a přerušovaný, prakticky celou noc ji matka nosila v náručí. V den přijetí ráno po krmení do 30 minut jedenkrát zvracela. V předchozích dnech měla pravidelně 3 žluté stolice za 24 hodin a močila dostatečně. Nejevila známky respiračního infektu. Praktickým dětským lékařem byla ráno odeslána na ORL ambulanci, kde byla vyloučena otitida. Pro nejasný febrilní stav byla pak odeslána k hospitalizaci. Hmotnost na domácí váze byla před 3 týdny 6100 g, nyní u lékaře má 6000 g.

Při přijetí byla holčička febrilní 38,5 °C, lehce bledší, ale bez celkové alterace, s nepulzující velkou fontanelou v niveau, u matky v náručí byla klidná, pozorující okolí. Její hydratace byla dobrá, s vlhkými sliznicemi, kůže čistá, bez mramorování, po rozbalení s prokrvenou teplou periferií. Inervace hlavových nervů bez patologie, zornice byly izokorické se zachovalou fotoreakcí. Hrdlo bylo zcela klidné s čistými tonzily, lymfatické uzliny nebyly zvětšeny. Akce byla pravidelná kolem 160 za minutu. Poslechově se dvěma srdečními ohraničenými ozvami a s čistým dýcháním.

Břicho bylo v niveau, měkké, prohmatné, palpačně bolestivě nereagující, bez peritoneálních příznaků, bez zvětšení jater i sleziny. Genitál byl klidný, dívčí. Na dolních končetinách nenalezeny patologické změny. Šije byla volná, Lassegueův manévř i spine sign byly negativní.

Byla provedena vstupní statimová vyšetření s nálezem výrazné elevace zánětlivých markerů: FW: 89/122, hemoglobin 105 g/l hematokrit 0,31, počet leukocytů $23\,400 \times 10^9/l$ (v diferenciálním počtu s 12 tyčemi a 59 segmenty s přítomnými toxickými granulacemi). Počet trombocytů $386\,000 \times 10^9/l$, hodnota CRP 159,2 mg/l.

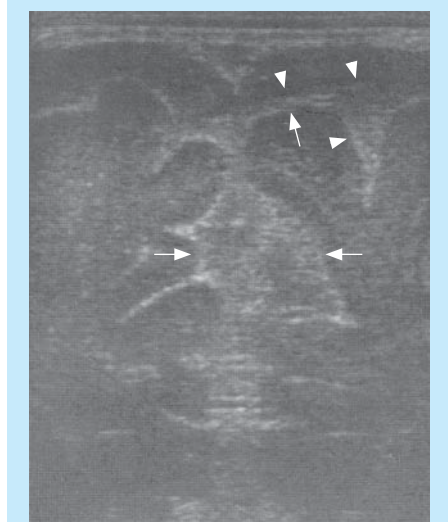
Ostatní vyšetření: urea 3,3 mmol/l, kreatinin 63 $\mu\text{mol/l}$, natrium 135 mmol/l, kalium 4,4 mmol/l ALT 0,41 mmol/l, AST 0,32 mmol/l, kalcium 2,64, glykemie 7,3 mmol/l, osmolalita séra 282 mosm/l. Astrup: pH 7,408, pO_2 4,64, pCO_2 7,44, standardní bikarbonáty 21,5 BE -2,2. Quick test 11,0 sekund, INR: 0,91, aPTT: 24,3 sekund, fibrinogen: 5,6 g/l, D-dimery: 0,196, antitrombin III 100 %.

Cévkou byla odebrána moč (chemicky i v sedimentu bez patologického nálezu, následně i negativní bakteriurie) a krev na hemokulturu. Během dvouhodinového pobytu na oddělení zaznamenána krátká několikaminutová epizoda zvradlosti.

Vzhledem k nejasné diagnóze u febrilního stavu, bledosti s vysokou zánětlivou aktivitou byla po 3 hodinách pobytu odeslána na USG vyšetření břicha a hlavičky. Při vyšetření břicha nebyla shledána patologie na parenchymových orgánech. Popis ultrazvukového vyšetření CNS ukazuje obrázek 1.

Postranní komory jsou symetrické, bez dislokace a dilatace, průměrně šíře – 13 mm, 3. a 4. komora normální šíře. Stupeň gyrifikace je

Obrázek 1. USG CNS: rozšíření interhemisferální rýhy vyplněné jemnou hyperechogenní hmotou, kterou jsou vyplněny i intergyrální zářezy (viz šipky). Vznik kontrastu k okolní tkáni



příměřený, plexy jsou symetrické. V parenchymu bez ložiskových změn supra – i infratentoriálně. Cerebellum, kmen i mesencephalon bez patologických změn. Subarachnoidální vrstva pod velkou fontanelou je na konvexitě homogenně jemně hyperechogenní o šíři 2 mm a také intergyrální zářezy jsou vyplněné hyperechogenní hmotou cca 2–3 mm šíře, stejně jako lehce rozšířená interhemisferální rýha (viz šipky). Subdurálně není patologická kolekce pod fontanelou, stejně i bitemporálně a okcipitálně. Cerebelomedulární cisterna je průměrně šíře.

1. Jaké je vaše diagnostické podezření?

2. Jaká další vyšetření provedete?

Odpovědi najdete na str. 51–52