

V posledních letech získávají na popularitě semináře, na kterých 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.

V případě, že někdo z Vás řešil ve své praxi, ať již na lůžkovém oddělení nebo v ordinaci, zajímavý případ a chtěl by se s ním podělit i s ostatními, rádi Vaše příspěvky uvítáme.

JAKÁ JE VAŠE DIAGNÓZA?

MUDr. Dagmar Pospíšilová, Ph.D., MUDr. Pavel Geier, prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.

Dětská klinika LF UP a FN Olomouc

Kojenec ve věku tři měsíce byl vyšetřen na LSPP pro teploty kolem 38,6°C, rýmu, únavu, bledost.

Klinický náález při návštěvě LSPP: neklidný, nápadně bledý kojenec, při vyšetření lehce zarudlé hrdlo, normální poslechový náález na srdci a plicích. Břicho měkké, bez rezistence, játra ani slezina nejsou zvětšeny. Kůže je čistá, bez hematomů, s výjimkou parietální oblasti vpravo, kde nalezena prominující rezistence velikosti 3×3cm. Pacient byl odeslán k hospitalizaci na spádové dětské oddělení.

Z anamnézy: rodiče a starší sourozenec jsou zdraví. V rodině se nevyskytuje závažné onemocnění. Chlapec je ze druhé nekomplikované gravidity, porod spontánní záhlavím v termínu, porodní hmotnost 3950 g, délka 50 cm. Perinatální období bez komplikací. Nebyl dosud nemocný, s výjimkou kalmetizace dosud nebyl očkován.

Při cíleném dotazu na možné trauma rodiče udali, že osm dní před přijetím se dítě převrátilo v korbě kočárku, uhodilo se o okraj korby, z kočárku však nevypadlo. Od té doby bylo bez potíží, dva dny před přijetím však dítě začalo být neklidné, méně pilo, objevily se teploty do 38,6°C a rýma.

Laboratorní vyšetření při přijetí na dětské oddělení

Krevní obraz: Hb 57 g/l, HtK 0,165, erytrocyty $1,94 \times 10^{12}/l$, leukocyty $11,0 \times 10^9/l$, trombocyty $209 \times 10^9/l$. CRP 140 mg/l.

Dále chlapec nebyl vyšetřován, byl přeložen na dětskou kliniku s diagnózou septický stav, susp. DIC, hematoma parietálně vpravo.

Při přijetí na kliniku

Klinický náález: vitální kojenec, nespokojený, bolestínský. Glasgow Coma Scale 15. Teplota 37°C, TK 94/46 torr, saturace O₂ 94 %, P 180/min, dechová frekvence 32/min. Dutina ústní čistá, na srdci lehký systolický šelest 1/6 na hrotě, akce pravidelná, na plicích čisté dýchání. Břicho měkké, játra a slezina nehmátné. Lymfatické uzliny nezvětšeny. Kůže velmi bledá, periferie teplá, dobře prokrvená, kapilární návrat normální. Hydratace správná. Krvácí ze starších vpichů. Vzhledem k rezistenci v parietální oblasti, která má charakter hematomu, a celkovému klinickému stavu bylo provedeno akutní CT mozku s nálezem: rozsáhlý **epidurální hematoma** parietálně vpravo velikosti 7×3 cm s přesunem střední čáry kontralaterálně, fraktura parietální kosti vpravo (obrázek 1).

Indikována **byla urgentní neurochirurgická revize**.

Laboratorní vyšetření před operací

KO: Hb 55 g/l, erytrocyty $1,8 \times 10^{12}/l$, HtK 0,16, leukocyty $14,8 \times 10^9/l$, trombocyty $439 \times 10^9/l$, diferenciální rozpočet leukocytů z analyzátoru: gr 53,2 %, ly 35,9 %, mo 9,9 %, eo 0,4 %, ba 0,6 %.

Retikulocyty 0,009.

Biochemie: Na, K, Cl, urea, kreatinin, ALT, AST, LDH fyziologické hodnoty pro věk, CRP 146 mg/l.

Moč a sediment: normální náález.

Astrup: 7,43, 4,99, 7,29, 24,8, 24,3, 0,6, saturace O₂ 90,7 %

PT (Quick): 81 %, aPTT: neměřitelný, trombinový čas (TT): nesráží se.

Fibrinogen 5,59 g/l, AT III 91 %, fibrin-fibrinogen degrační produkty (FDP) pozitivní (nad 20), D-dimery pozitivní.

Z operačního protokolu: při substituci mraženou plazmou byla provedena incize kůže v parietální krajině v délce asi 5–6 cm. Protože došlo ke značnému krvácení z kůže (krev viditelně nesrážlivá, vodnatá) bylo upuštěno od plánované kraniotomie nad celým hematomem. V místě incize byla provedena oválná kraniektomie, pod kterou byl nalezen již poněkud organizovaný tuhý černý hematoma, který se podařilo prakticky celý postupně odstranit.

Při operaci byly podány 2 TU čerstvé mražené plazmy a 3 TU erytrocytární masy.

Obrázek 1.



Laboratorní vyšetření šest hodin po operaci

Hb 109 g/l, erytrocyty $2,57 \times 10^{12}/l$, Htk 0,32, leukocyty $12,8 \times 10^9/l$, trombocyty $280 \times 10^9/l$. PT (Quick) 86%, aPTT 42".

Otázky

1. Jaké další vyšetření doporučujete k upřesnění etiologie patologického nálezu koagulačních poměrů?
2. Jaké je základní onemocnění?
3. Jaké mohou být příčiny závažné anémie u tříměsíčního kojence?
4. Které klinické a laboratorní nálezy by svědčily pro sepsi u našeho pacienta?

Odpovědi na otázky „Jaká je vaše diagnóza?“ najdete na str. 50

OTÁZKY A ODPOVĚDI

Dítě má v osobní anamnéze uvedeno, že je alergické na penicilin (většinou údaj několik let starý). Má význam zjišťovat hladinu těchto protilátek, když je tak dávná anamnéza? Nebo musím riskovat, podat PNC a čekat, zda bude alergická reakce?

Na Vaš dotaz odpovídám poněkud komplexněji, neboť se domnívám, že to vyžaduje. Alergie na penicilin (PNC) je v informačních medicínských zdrojích uváděna s incidencí 1/1 000 podání, tj. cca 0,7–10 % z léčených pacientů. Klinická manifestace alergie na PNC může mít tyto projevy:

1. **okamžité** (dostavují se v čase < 1 hod. po aplikaci): anafylaktická reakce, kopřivka, angioedém, laryngo/bronchospasmus
2. **urychlené** (dostavují se v čase 1–72 hod. po aplikaci): většinou dominuje kopřivka, jindy makulopapulózní raš/erythema multiforme/bulózní erytém/erythrodermie, pruritus; k této skupině příznaků patří také: rozvoj hemolytické anémie/neutropenie/trombocytopenie, akutní intersticiální nefritida, sérová nemoc
3. **pozdní** (manifestace > 72 hod.): makulopapulózní raš/kontaktní dermatitida.

Racionální průkaz alergie na PNC by proto měl zohlednit výše uvedené údaje (nezbytná je tak velmi pečlivá anamnéza), dále je možno u pacientů provádět kožní testování (vyžaduje však značnou opatrnost, neboť v případě manifestace okamžitých alergických projevů je nutno zahájit i např. neodkladnou resuscitaci). Konečně je možno alergii na PNC prokazovat pomocí vyšetření specifických IgE protilátek v séru pacientů. Tato imunologická analýza

však musí být provedena co nejdříve po alergické reakci na PNC, neboť jen tak lze protilátky spolehlivě v séru zachytit. Ve složitějších situacích přitom lze sérum vyšetřovaného pacienta zmrazit a analýzu provést až následně (v rámci brněnské aglomerace vyšetření specifických IgE protilátek provádí Imunologická laboratoř, RNDr. V. Vlčková, tel.: 548 226 370, analýza stojí cca 270 Kč).

Pokud tedy ve Vašem případě anamnestický rozbor bude svědčit pro alergickou reakci na PNC, je vhodné vyšetřit specifické IgE protilátky (vzhledem k zastaralým údajům, jak uvádíte, lze očekávat, že toto vyšetření bude negativní). Pokud budou údaje o alergické reakci nepřesvědčivé, PNC bych aplikoval nejlépe tak, že alespoň jeho první dávka by měla být podána ve zdravotnickém zařízení s následným sledováním pacienta (nejméně 1 hod.). Zcela na závěr dodávám, že nezřídka se za tzv. alergií na PNC skrývá probíhající virové onemocnění – jde přitom většinou o exanthema subitum (promiskue: roseola infantum, šestá nemoc). Častá praktická zkušenost je taková, že febrilnímu dítěti (kojenec/batole) je z diagnostických rozpaků podán PNC, následně pak dochází k rozvoji kožních morf, které však do klinického obrazu exanthema subitum patří. V ten okamžik je vysloven závěr: alergie na PNC. Exanthema subitum vyvolávají herpetické viry HHV 6/HHV 7; onemocnění má svoji charakteristickou dynamiku (opět zdůrazňuji pečlivou anamnézu): kojenec/batole má 3–5denní horečku (může být přítomna tonsilofaryngitis/folikulární tonsilitida, příp. jiný projev zánětu dýchacích cest), po jejímž poklesu se objeví na trupu a končetinách drobná roseliiformní vyrážka.

Prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.