

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?

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.¹, MUDr. Dana Dostálová¹, MUDr. Jan Blatný², MUDr. Jiří Štarha, Ph.D.¹, MUDr. Martin Klabusay, PhD.³, MUDr. Hana Geryková¹

¹II. dětská klinika LF Masarykovy univerzity a FN Brno

²Oddělení klinické hematologie FN Brno

³Interní hematologická klinika LF Masarykovy univerzity a FN Brno

Rodinná i osobní anamnéza naší pacientky jsou bez pozoruhodností. Její nynější potíže se objevily ve věku 15 roků, kdy z plného zdraví si dívka při ranní toaletě všimla, že močí výrazně tmavě hnědou moč. Současně pocítovala neurčitou tupou bolest v okolí pupku. Klinické vyšetření u PLDD neprokázalo žádný abnormální nález, v moči (makroskopicky již bez uvedené barevné změny) byly testovacími proužky zjištěny tyto hodnoty: pH 6, bílkovina 1, krev 2, urobilinogen 1; jiná doplňující laboratorní vyšetření provedena nebyla. V průběhu 3 týdnů po této epizodě se u dívky znovu objevila tmavá barva moči. Pro současný subikterus, nechutenství a bolesti břicha byla pacientka s podezřením na hepatitidu odeslána na infekční oddělení. Zde nebylo prokázáno žádné z nejčastějších hepatotropních agens. V patologických hodnotách provedených vyšetření přetrvávala nekonjugovaná hyperbilirubinémie a měnlivý nález krve v moči (detekce testovacími proužky) a dívka proto bylo doporučeno nefrologické vyšetření.

Během pěti dnů po propuštění z infekčního oddělení byla pacientka přijata na naši kliniku pro náhle vzniklý dyskomfort zažívacího traktu provázený další atakou změny barvy moči.

Při přijetí v objektivním nálezů domínovaly: třesavka, subikterus kůže, ikterické skléry a lehce překrvená sliznice faryngu; barva moči připomínala coca-colu. Srdeční/dechová frekvence byla 100, resp. 24/min, TK 130/72/12 cm/PHK/vsedě, tělesná teplota 38,1 °C. Pacientka neměla chuť k jídlu, krátce po přijetí dvakrát zvracela žaludeční šťávu a subjektivně udávala tupou bolest celého mesogastria.

Z abnormálních laboratorních vyšetření uvádíme (u některých ne často vyšetřovaných parametrů je pro přehlednost uvedena normální hodnota, n. h.): sedimentace 38/76 mm/hod, celk. bilirubin 52,0 μmol/l, volný bilirubin 27,6 μmol/l, ALT 1,38 μkat/l, AST 1,85 μkat/l, CRP 118,9 mg/l, celk. LDH 63,2 μkat/l (n. h. 2,9–8,6 μkat/l; z izoenzymů zvýšena pouze hodnota LDH₁), haptoglobin <0,07 g/l (n. h.

0,3–2,0 g/l), KO – Hb 93 g/l, HTK 0,28, Ery 2,83 × 10¹²/l (makrocytóza, MCV 103,2 fl [n. h. 84–96 fl], MCH 35,8 pg [n. h. 28–34 pg]), Le 4,2 × 10⁹/l (rozpočet: neutrofily 73%, monocyty 10%, lymfocyty 15%, eosinofily 2%), trombocyty 94,9 × 10⁹/l, retikulocyty 5,9%, volný hemoglobin v séru 188,0 mg/l (n. h. 0–30 mg/l), D-dimer 6,38 μg/l (n. h. 0–0,5 μg/l), erytropoetin 185 U/l (n. h. 3–34 U/l), Coombsův test přímý i nepřímý negativní. Moč chemicky: pH 7, bílkovina 4, krev 5, urobilinogen 4, ketolátky 4; v sedimentu 5–7 eumorfních erytrocytů, 1–4 leukocyty.

Otázky:

1. Lze opakovaný nález krve v moči zjištěný testovacími proužky hodnotit jako doklad hematurie?
2. Jakou pracovní diagnózu pro další postup vyšetření navrhuje?

Odpovědi na otázky „Jaká je Vaše diagnóza?“ najdete na str. 96.