

BOLESTI NA HRUDI U 16LETÉHO CHLAPCE

MUDr. Jarmila Seifertová

Dětská ordinace Kladno

V říjnu 2003 přichází 16letý chlapec do ordinace praktické dětské lékařky s běžným problémem – bolestmi na hrudníku a v oblasti hrudní páteře. Je afebrilní, jiné příznaky neudává. Klinický nález je bez nápadností. Vzhledem k jeho vadnému držení těla a astenickému habitu je doporučena rehabilitace.

Rodinná anamnéza

Matka (43 let) je v částečném invalidním důchodu pro Ehler-Danlosův syndrom. Pečuje o mladšího syna (8 let) s postižením pohybovým, opožděním vývoje při DMO – etiologicky předčasný porod s hypoxií, je autistický.

Otec (45 let) je v částečném invalidním důchodu pro hereditární periferní motoricko-senzorickou neuropatii Charcot – Marie – Tooth, pracuje jako zámečnick.

Osobní anamnéza

Chlapec je z V. sledovaného těhotenství (2x spontánní abort, 2x předčasný porod a časné úmrtí dítěte).

Porod v 35 TT per S.C. pro polohu koncem pánevním, p.h.m. 2060 g/45 cm. Poporodní adaptace bez problémů, fototerapie pro hyperbilirubinemii. Prospíval dobře, psychomotorický vývoj normální, očkovan řádně bez komplikací. Sportuje rekreačně, nekouří, návykové látky neužívá.

Nemocnost byla malá, občas byl vyšetřen na kožním oddělení pro pergamenovitou kůži a hematomy na bérkách. Biopsie kožní nepotvrdila podezření na Ehler-Danlosův syndrom. Též podezření na Marfanův syndrom nebylo genetickým vyšetřením prokázáno. Přesto byl pro podezření na poruchu pojiva 2x ročně kontrolován kardiologem.

Nynější onemocnění

V květnu 2003 prodělal tonzillitis lacunární s febriliemi, léčen penicilinem, streptokoková etiologie nebyla potvrzena. Měl pozitivní protilátky proti EBV v IgM, záhy v IgG, jaterní testy byly normální. Od června byl vpořádku, kontrolní echokardiografie byla též normální.

V říjnu si stěžuje na **bolesti na hrudi a v zádech** v oblasti hrudní páteře, bez vazby na zátěž a pohyb, není dušný, lokalizuje je více vlevo, intenzitu a délku trvání neumí popsat, odezní samy, jiné příznaky (palpitace apod.) neudává.

Od října do prosince má občasné 1 denní teploty až 38 °C. Při vyšetření je klinický nález zcela chudý. Mírně vyšší je zánětlivá aktivita (CRP, FW), vždy rychlý ústup laboratorních ukazatelů. Počátkem prosince opět vyšetřen pro vyšší teplotu a bolesti na hrudi, více vlevo, bez

dušnosti či kašle. CRP je 112 mg/l, FW 56/64, rtg plic a srdce je normální, TK 135/85, klinický nález opět chudý.

Je přeléčen Azitromycinem, k poklesu teploty i obtíží dochází za 2 dny. CRP klesá k normě, FW 19/28.

Za 14 dní přichází se stejnými subjektivními obtížemi, opět vzestup CRP 92 mg/l.

Chlapec je odeslán k hospitalizaci na Kliniku dětí a dorostu v Praze 2.

Po přijetí při echokardiografii má výrazný perikardiální výpotek 13–14 mm. Dochází k zhoršení stavu, při příjmu má tachykardii, v průběhu hospitalizace je bradykardie a hypertenze, dvakrát má dokonce krátkodobou poruchu vědomí. Není dušný, nemá známky plicního edému ani otoky. Na CT CNS je normální nález. RTG hrudníku normální nález.

Hemokultura normální 2x. Z celé škály vyšetření je pozitivní serologické vyšetření proti chřipce A–256, což by mohlo vysvětlovat klinické obtíže.

Při kortikoterapii Prednisonem 40 mg postupně dochází k ústupu výpotku. Po enalaprilu se normalizuje tepová frekvence i vysoký krevní tlak. Dále užívá H2 blokátory – Ranisan, KCL, Ibalgin.

Diagnóza: perikarditis – zvýšené titry protilátek proti chřipce A.

Plánována jsou další vyšetření. Genetické vyšetření potvrzuje poruchu pojiva Ehler Danlos, vylučuje neuropatii Charcot Marie Tooth.

Za měsíc po propuštění má subjektivně stejné obtíže, bolesti na hrudi, tachykardii. Je odeslán k hospitalizaci – potvrzuje se recidiva perikarditidy s vysokými zánětlivými parametry CRP 337, FW 90/113. Na rtg hrudníku je zhoršení postavení páteře – dextroskolioza. Je přeléčen kombinací antibiotik, zvyšuje se dávka z udržovací dávky střídavě 15 a 7,5 mg/den Prednisonu, dochází k rychlému ústupu zánětlivých parametrů. Pro podezření na počínající systémové onemocnění je nasazen metotrexát. Chlapci se zhoršují zažívací obtíže z horní části GIT (občas si na ně stěžoval již od 5/03).

Při snižování kortikoterapie dochází po třech měsících opět k subjektivním obtížím bolestí na hrudi, vzestupu zánětlivých parametrů. Je sledován doma včetně monitorace TK a CRP. K poklesu CRP a ústupu subjektivních obtíží dochází 3. den po zvýšení Prednisonu.

Koncem léta 2004 se ještě 2x objevily bolesti na hrudi, bez zvýšení zánětlivých parametrů.

Nález na srdci je v současné době normální, tlak krevní je normální, srdeční akce se mírně zrychluje při kontaktu s lékaři.

Nyní, rok od počátku onemocnění, je stále na udržovací terapii metotrexátem i Prednisonem, je sledován kardiologem, revmatologem, osteologem. Začíná mírně sportovat.

Dalším vyšetřením je vyloučen nespecifický střevní zánět, má provedenu gastroskopii včetně vyšetření na *Helicobacter pylori* s normálním nálezem. Přechodně užívá blokátory protonové pumpy – Helicid, po kterých má subjektivní úlevu.

Po celé zmiňované období prochází chlapec složitým obdobím sociálního dozrávání. Zvládl přijetí na gymnázium. Zvládl potlačit úzkost při kontaktu se zdravotníky. Rodina dosud nezvládla zklamání, že jediný zdravý člen rodiny vlastně zdravý není.

Na tento případ z praxe upozorňuji pro málo frekventní diagnózu perikarditidy při častých symptomech bolestí muskuloskeletální etiologie v tomto věku.

Diferenciální diagnostika bolestí na hrudi

Stenokardie – bolest ischemického myokardu. Retrosternální pálivá bolest u refluxní esofagitidy. Žlučková bolest.

Vyloučíme-li stenokardii, můžeme s největší pravděpodobností očekávat, že bolest na hrudi bude vycházet z muskuloskeletálního systému (vertebrogení algický syndrom, nadměrná námaha svalů, úraz, akutně vzniklé myalgie např. při skocích do vody po hlavě nebo při nerovnoměrném namožení svalů při jízdě na tobogánech ve vodních centrech, Tietzův syndrom apod.) Další možnou příčinou je dráždění nebo poškození mezižeberního nervu.

V neposlední řadě je třeba zmínit, že bolesti na hrudi se mohou projevit i další méně časté, zato závažné stavy, jako je embolie do plic, pleuritis, **perikarditis**, aneurysma dissecans, pneumothorax, mediastinitis.

Každá bolest na hrudi proto musí být systematicky vyšetřena. Posuzujeme celkový stav pacienta, anamnestické údaje, všímáme si alarmujících příznaků.

V neposlední řadě myslíme i na psychogenní příčinu bolesti. Bolesti v oblasti srdečního hrotu jsou častější u neurovegetativně labilních lidí. Tutto diagnózu je však možno udelet až po pečlivém vyloučení možných organických příčin.

Literatura

1. Hrodek O, Vavřinec J, et al. *Pediatric, Galen* 2002.
2. Roger J. *Critical reading for primary care*, Oxford Medical Publications, Oxford University Press, 1997.
3. Goh Lee Gan. *Common symptoms in ambulatory care*, Department of Community, National University of Singapore, 1996.
4. Seifert B, a kol. *Primární péče, Praktické lékařství*, Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum 2004.