

JAKÁ JE VAŠE DIAGNÓZA – ODPOVĚDI

MUDr. Josef Grym¹, RNDr. Jiří Kobliha², MUDr. Jaroslav Vašíř¹

¹Pediatrické oddělení SZZ Krnov

²Centrální laboratoř, úsek mikrobiologie, SZZ Krnov

V rámci základní diferenciální diagnostiky hepatopatie je třeba vždy pomýšlet na infekční, toxickou či metabolickou příčinu, vyloučit je třeba i trauma, hypoxii event. tumor. V našem případě však nový impuls diagnostice i léčbě přineslo **parazitologické vyšetření**, při němž byla ve stolici prokázána *Giardia intestinalis*. Vzhledem k negativním výsledkům dosavadního pátrání po etiologickém agens jsme při uvedené kombinaci nálezů – t.j. zvýšení sérových aminotransferáz, zvýšené hladině bilirubinu celkového i přímého, přítomnosti žlučových barviv v moči a při elevaci IgE v séru – začali uvažovat o **hepatobilární formě lamblíazy**. Nasazení metronidazolu vedlo k téměř okamžitému vymizení obtíží, dynamiku vybraných laboratorních hodnot ukazuje tabulka 1.

Chlapec byl propuštěn po 6 denní hospitalizaci s pokračující léčbou. Nadále byl již zcela bez potíží, po 10 denní léčbě metronidazolem byl klinický nález fyziologický, laboratorní hodnoty se zcela normalizovaly (viz poslední sloupec tabulky), kontrolní parazitologické vyšetření již lamblie neprokázalo.

Diskuze

Kombinace bolestí břicha s výraznější elevací hladiny aminotransferáz v séru vzbuzuje vždy podezření především na některou z virových hepatitid, méně pravděpodobné jsou pak jiné záněty jater, toxická poškození, metabolické poruchy a jiné vzácnější choroby jater, žlučových cest či jiných orgánů (9), střevní parazitózy nepatří v rámci diferenciální diagnostiky mezi časně uvažované.

Giardia (Lamblia) intestinalis je kosmopolitní parazit, bičíkaté protozoa s resistantními cystami (první pozorování Van Leeuwenhoek 1681, první popis D. Lambl 1859) (10), s relativně častou infekcí dětí (12, 14), zejména v dětských kolektivech (7). Přenáší se alimentární cestou vodou nebo potravou infikovanou cystami parazita, přenos v kolektivech se děje nejčastěji fekálně-orální cestou, stejně jako při cestování (10), rizikové může být koupání v nádržích a bazénech (10). Zdrojem nákazy je infikovaný člověk a vzácně některá zvířata (pes, potkan) vylučující stolicí cysty parazita. Podle stupně vzájemné interakce může infekce po 1–2 týdenní inkubační době vyvolat různý klinický obraz, od průběhu asymptomatického (v 90 %), přes akutní průjemové onemocnění

Tabulka 1.

Vyšetřovaný parametr v séru	1. den	2. den	3. den	4. den	7. den	15. den
bilirubin celk. (μmol/l)	33	24	metronidazol	13	15	18
bilirubin přímý (μmol/l)	20	9		4	5	–
ALT (μkat/l)	5,26	7,25		3,68	2,24	0,88
AST (μkat/l)	5,87	5,24		0,76	0,55	0,42
GMT (μkat/l)	2,05	2,24		1,45	1,00	0,77
ALP (μkat/l)	–	3,7		3,0	–	2,3
s-amyláza (μkat/l)	1,0	0,9		1,0	–	–

s vodnatými či hlenovými stolicemi (páchnoucími sirovodíkem po „zkažených vejcích“) (1, 2), provázené zvracením, anorexií a flatulencí (3) až po chronický průjem střídající se s obdobími zácpy, někdy s neprospíváním a stolicemi mastného vzhledu (1, 2) s projevy malabsorpce cukrů, tuků a vitaminů rozpustných v tucích (1, 2, 5, 10, 11, 12). U dětí se může projevit i sekundární anémie. Klinické příznaky bývají přítomny pouze u 10 % nakažených, těžký průběh lze očekávat u imunokompromitovaných osob (1, 10), jinak jde ve většině případů o self-limitované onemocnění (7).

Zajímavé jsou názory na postižení jater a žlučových cest při této parazitární infekci. Klasická učebnice parazitologie z roku 1977 se zmiňuje o této možnosti jako o neověřené zprávě (6), v dalších letech tuzemské literární zdroje člení klinický obraz na formu intestinální, cholecystohepatickou a smíšenou (4, 8). Učebnice infektologie z roku 1990 (13) již uvádí formu cholecystohepatickou resp. hepatobilární jako nejčastější (50 % symptomatických onemocnění), stejně jako další literární zdroje slovenské (8, 14) i naše (4). Naproti tomu v americké literatuře dominuje výhradně popis intestinální formy, jen ojediněle je zmí-

něna možnost postižení žlučových cest jako vzácnosti (1, 11). Jiné práce tuto formu zcela opomíjejí, včetně u nás používaných učebnic pediatrie (5, 7, 10), což by mohlo svědčit o interkontinentálně rozdílném klinickém průběhu giardiázy.

V případě našeho pacienta došlo k překvapivě rychlému odeznění příznaků i rychlé úpravě jaterních enzymů při léčbě metronidazolem, předpokládat lze i příznivý podíl klidu, diety (9) a hepatoprotektiv.

Závěr

Infekce parazitem *Giardia intestinalis* může u dětí způsobit bolesti břicha s citlivostí jater a současně laboratorní známky jaterního poškození – elevaci aminotransferáz, hladiny bilirubinu a patrně i vzestup IgE, léčba je kauzální, lékem volby je metronidazol.

Parazitologické vyšetření stolice a pátrání po infekci lamblíemi by mělo být součástí diferenciálně diagnostického postupu při „hepatopatiích nejasné etiologie“, zejména při bolestech břicha provázených elevací aminotransferáz a bilirubinu (zvláště v kombinaci s elevací IgE) po vyloučení nejběžnějších etiologických faktorů poškození jater.

Literatura

1. Babb RR. Giardiasis, Postgraduate Medicine, 1995; 98, 2: 155–158.
2. Bednář M. Lékařská mikrobiologie, Marvil, Praha, 1996: 491–492.
3. Berkow R, et al. Merck Manual, I. čas. vyd., X-Egem, Praha, 1996: 2029–2030.
4. Černý Z. Infekční nemoci, IDVPZ Brno, 1997: 179–180.
5. Goldsmith RS. Giardióza, in: Tierney LM, et al. Diagnóza a léčba, I. čas. vyd., Alberta, Praha, 1995: 1026–1029.
6. Jírovec O, et al. Parazitologie pro lékaře, Avicenum, Praha, 1977.
7. Klish WJ. Giardia lamblia, in: Oski FA, et al. Principles and Practice of Pediatrics, J.B. Lippincott comp., Philadelphia, 2. vydání, 1994: 1391–1392.
8. Kuchta M. Giardia lamblia, in: Šašínska M, et al. Pediatria, Satus, Košice, 1998: 443.
9. Masopust J. Vyšetření funkce jater v pediatrii (4. část), Pediat. pro praxi 4, 2003; 5: 250–254.
10. Ortega YR, Adam RD. Giardia: Overview and Update, Clin. Infection Dis., 1997; 25: 545–550.
11. Pickering LK. Giardia lamblia, in: Nelson Textbook of Pediatrics, 16. vydání, W.B. Saunders comp., 2000: 1036–1038.
12. Ryšavý B, et al. Základy parazitologie, SPN, Praha, 1989: 36–38.
13. Sobota K. Giardióza, lamblíóza, in: Havlík J, et al. Infektologie, Avicenum, Praha, 1990: 336–338.
14. Szilágyiová M. Giardiasis, in: Buchanec J, et al. Vademécum pediatria, Osveta, Martin, 2001: 604–605.