

DÍVKA, KTERÉ SI NIKDO NEVŠIML

MUDr. Ivana Röschlová

Dětské oddělení, Nemocnice Frýdek Místek

Děti s poruchami růstu tvoří významnou část pacientů dětských endokrinologických ambulancí. Uvedená kazuistika dokumentuje nutnost komplexního pohledu na špatně rostoucí dítě s důrazem na eventuální přítomnost dalších symptomů. Zdůrazňuje nezbytnost sledování růstové křivky praktickým dětským lékařem u každého dítěte a jeho včasné vyšetření, pokud dochází ke změně postavení v percentilové síti.

Lenka byla doporučena k vyšetření v endokrinologické ambulanci v 9 letech pro malý vzrůst. Matka Lenky byla v té době 2 roky léčena pro diabetes mellitus 1. typu, matka otce se léčí se štítnou žlázou. Osobní anamnéza Lenky je, až na „noční děsy“ v 5 letech věku, pro které byla sledována neurologem a medikována magneziiem, bez pozoruhodností.

Rodiče si na Lence všimají, že špatně roste, v poslední době ji výškou dohnala její o 3 roky mladší sestra. Jiné potíže rodiče ani praktický lékař neudávají.

Dívka byla ale nápadná hned po vstupu do ambulance, bylo na první pohled jasné, že je nemocná.

Metodou cílených dotazů a odpovědí jsme se s rodiči dopracovali k těmto anamnestickým údajům:

- postupné opožďování v růstu, které nebyli schopni rodiče časově specifikovat
- postupné přibírání na hmotnosti bez podstatných změn v režimu dítěte
- dlouhodobé kožní příznaky, rodiči nazývají „ekzém“
- zpomalené psychomotorické tempo, Lenka je dle rodičů „lenivá“. Tento příznak je nápadný zejména ve srovnání s batolecím a časně předškolním věkem, kdy byla Lenka velmi živé dítě
- velmi špatné školní výsledky, i při výuce v alternativní škole s kladením důrazu na individuální schopnosti dětí s velkými těžkostmi absolvovala 1. třídu, opakovala 2. třídu a nyní jí hrozilo přecházení do speciální školy.

V objektivním nálezu:

Výška 118 cm/hmotnost 28,5 kg, výškově 4 cm pod 3. percentilem k věku, 8,5 cm pod předpokládanou výškou podle rodičovské predikce. Výrazně patologická růstová křivka, dle údajů od praktického lékaře, patrný postupný propad v percentilových grafech již od 3 let věku, nápadné opožďování růstu pak od 5 let, za poslední 2 roky porostla jen 2 cm.

BMI 21,9 – 95 percentil k věku a pohlaví, pyknický, podsaditý typ postavy, tuk zejména na trupu. Nezvyklý, bledší, zažloutlý kolorit kůže až se žlutooranžovým podtónem. Jemné řídké vlasy. Zhrubělé rysy v obličeji, prosák-

nutí obličeje. Velmi nápadný, nevidaný nález na kůži, zejména předloktí – nápadná suchá, zhrubělá kůže. Palpační vjem „plechového předloktí“ dle Charvát. V 9 letech přetrvávající mléčná dentice, prořezány jen 2 horní trvalé řezáky. Struma nebyla hmatná.

Sexuální vývoj: A 1 M 1 P 1 dle Tanner.

Na základě anamnézy a klinického nálezu bylo možno u Lenky vyslovit suspekci na konkrétní příčinu růstové poruchy. K utvrzení se v podezření jsme ihned v ambulanci provedli sonografické vyšetření štítné žlázy s nálezem zvětšené štítnice s typickým obrazem autoimunitní tyreoiditidy.

Provedená laboratorní vyšetření pak již jen potvrdila uvažovanou diagnózu:

TSH nad 100 mU/l (norma laboratoře 0,5 až 5,0 mU/l), fT4 1,3 pmol/l (norma laboratoře 12,0 až 22 pmol/l), T3 0,49 nmol/l (norma laboratoře 1,5 až 3,0 nmol/l). Pozitivní titry antityreoidálních protilátek, aTg 165 kU/l (norma laboratoře pod 10 kU/l), anti TPO 140 (norma laboratoře pod 10 kU/l).

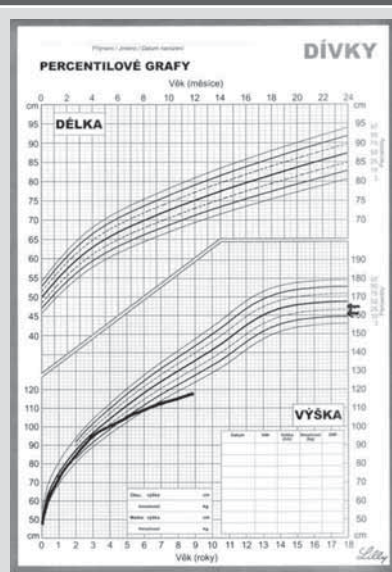
Jako doprovodný symptom pak zjištěna normochromní anémie s Hb 100, Hk 0,32, středním objemem Ery 88 a hypercholesterolemie 17,04 mmol/l (norma 2,5 až 4,5 mmol/l) při triglyceridémii 1,25 mmol/l.

Na EKG oploštělá vlna T, echokardiografické vyšetření bez patologie, perikard bez výpotku.

Obrázek 1. Lenka v době prvního vyšetření v ambulanci



Obrázek 2. Růstová křivka



Obrázek 3. Listování rodinným albem



U Lenky byla stanovena diagnóza: Těžká periferní hypotyreóza, získaná, při autoimunitní lymfocytární tyreoiditidě, s komplexními klinickými projevy.

Zahájili jsme substituční terapii thyroxinem. Terapie měla výraznou klinickou odezvu, Len-

Obrázek 4: Lenka a její o 3 roky mladší sestra. Nahoře snímek z doby cca 5 let před stanovením diagnózy, dole snímek v době první návštěvy v ambulanci – mladší sestra již vyšší než Lenka



ka se „před očima“ mění svou vizáží. Nejrychleji se upravují kožní změny. Mění se vzhled obličeje. Lenka začíná růst a hubnout (během 4 měsíců terapie porostla o 4 cm, zhubla 2 kg). Upravují se celkové projevy a vitalita.

Literatura

1. Lebl, Zapletalová, Koloušková, et al. Dětská endokrinologie, Galén, 2004.
2. Marek, Brodanová, et al. Endokrinologie, Vnitřní lékařství, svazek VI, Galén 2002.

Nyní, po 10 měsících terapie, je ve 3. třídě alternativní ZŠ, školní výsledky nejsou nikterak excelentní, přezazení do speciální školy ale již není aktuální. Rodiče velmi kladně hodnotí komplexní vliv terapie na proměnu své dceř. Cholesterolémie se během několika týdnů upravila k normě.

Vzhledem k velmi nápadné klinice dítěte a dle růstové křivky minimálně 6 let trvající hypotyreóze, která unikla pozornosti, jsme si s rodiči domluvili další schůzku nad rodinnými alby. Doplněný stručný výběr fotografií dokumentuje nápadnou proměnu Lenky v průběhu let. Měnila se nejen fyziognomie, rysy obličeje, ale z fotografií je patrná i přeměna dívky, které „z očí koukají všichni čerti“, na unavené, zpomalené a obtloustlé dítě. Růstová porucha je pak nejmarkantnější ze srovnání 2 snímků, kde vidíme Lenku a její mladší sestru před zhruba 5 lety a v době stanovení diagnózy.

Závěry pro praxi vyplývající z uvedené kazuistiky:

1. Pečlivé sledování růstové křivky každého dítěte. Dítě, které neroste, je jistě nemocné.
2. I v dnešní době obrovského rozvoje medicínských technologií a rozsáhlé paletě možných laboratorních vyšetření zůstává stále v platnosti pravidlo, že podrobná anamnéza a pečlivé klinické vyšetření je základem diagnostického procesu.
3. Neplatí, že děti s fyziologickým palpačním nálezem na krku nemohou mít onemocnění štítné žlázy. Nesoulad mezi palpací štítné žlázy a ultrazvukovou volumetrií je udáván až ve 30 % případů. U jedinců astenických může být jasně hmatná „struma“, ale při UZ vyšetření je zjišťován zcela fyziologický objem štítnice. Naopak u podsaditých jedinců struma hmatná není a sonografickým vyšetřením můžeme zjistit zvětšení štítné žlázy.
4. Autoimunitní tyreoiditida je stále častěji diagnostikovaným onemocněním ve všech věkových kategoriích a je nejčastější příčinou získané hypotyreózy.
5. Při takto komplexních projevech je nutno na hypotyreózu myslet, včas ji diagnostikovat a zahájit substituční terapii.

(Fotografie jsou zveřejněny se souhlasem dívčiny rodičů.)