

Neobvyklý nález – perforace nosní přepážky

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., MUDr. Marcel Schüller, Ph.D., MUDr. Marie Macků, MUDr. Jana Fráňová

Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Pediatr. praxi 2012; 13(3): 198

Obrázek 1. Elipsovitého defektu (šipka) v dolní části nosní přepážky



Klinická manifestace bývá u některých chorob přesvědčivě vyjádřena, a stanovení diagnózy proto nemusí být obtížné. Jindy však v průběhu řady dobře definovaných nozologických jednotek může docházet k tomu, že vlastní onemocnění, ale i jeho léčba podmiňují rozvoj symptomů málo frekventních/ojedinělých/vzácných.

Naším pacientem je chlapec, který se narodil v termínu (PH 3 300 g/50 cm), bez jakékoli perinatální patologie, jedinou somatickou abnormitou byla glandulární hypospádie. Hoch se vyvíjel zcela normálně, nebýval často nemocen, vakcinaci měl všechnu podle očkovacího schématu. Hypospádie byla definitivně chirurgicky upravena v 5. roce života. Ve věku 10 let se u chlapce z plného zdraví objevil na kůži nesvědlivý prchavý růžovo-červený makulózní exantém provázený horečkou. Současně hoch uváděl bolesti svalů obou dolních končetin a stěhovavé bolesti převážně větších kloubů (kyčle, kolena, hlezna). Zpočátku byl stav pacienta hodnocen jako parainfekční artritida, ale protože symptomatická léčba byla bez efektu a epizody horečky přetrvávaly (2–3×/24 hod., vždy 38,5–39 °C), byl chlapec postupně hospitalizován ve dvou regionálních nemocnicích. Již na těchto pracovištích bylo s ohledem na dosavadní klinický průběh a výsledky pomocných vyšetření vysloveno podezření

na autoimunitní onemocnění, nejspíše juvenilní idiopatickou artritidu (JIA), a k upřesnění diagnózy byl hoch přijat na naši kliniku. Zde byla potvrzena systémová forma JIA (SJIA) a její léčba byla zahájena intravenózní aplikací kortikoidů a metotrexátem (MTX) podávaným 1× týdně subkutánně. Při této terapii se u chlapce již vůbec neobjevila horečka nebo exantém, zcela ustoupila původně přítomná hepato-/splenomegalie, hoch se subjektivně cítil lépe, pouze uváděl měnlivé artralgie obou kolenních kloubů. Při kontrole po 6 týdnech od propuštění (kortikoidy již podávány perorálně ve snížené dávce, MTX ve stejném režimu jako při zahájení) byl stále celkový klinický stav pacienta stabilizovaný a normální byly i hodnoty sledovaných laboratorních parametrů; chlapec jen udal, že několik dnů před touto kontrolou vysmrkal větší kus blíže neurčené hmoty/krusty. Následná rhinoskopie pak prokázala překvapivý nález – perforované nosní septum (elipsovitého defektu s rozměry cca 0,5 × 0,4 cm; obrázek 1); okolí perforace bylo zcela klidné, chlapec neměl žádnou sekreci z nosu a také rtg snímek paranazálních dutin byl bez abnormálního nálezu.

Perforace nazálního septa je v dětském věku neobvyklá a většinou je sekundární v důsledku úrazu nebo komplikovaného lokálního zánětu (syfilis, TBC, sarkoidóza, cizí těleso). V našich

podmínkách bychom se pravděpodobně zcela výjimečně mohli setkávat s obdobnou perforací u adolescentů experimentujících s nazální aplikací kokainu. Perforace nosní přepážky je však relativně známou, i když ne častou komplikací některých vaskulitid (zejména Wegenerova granulomatóza, systémový lupus erythematosus a syndrom Churg-Straussův), popisována bývá také u antifosfolipidového syndromu, ulcerózní kolitidy a Crohnovy choroby. Naprostá většina těchto sdělení se však vztahuje k dospělým pacientům. Zcela ojedinělá jsou literární sdělení, kde je taková perforace uváděna u dětí s SJIA, a to jak v akutní fázi nemoci, tak i v období její remise. Přesný etiopatogenetický mechanismus perforace nazálního septa u SJIA není znám, diskutuje se o lokální vaskulitidě, ischemii nebo také o možném nepříznivém efektu déleodobě podávaného MTX. Léčba nevelké perforace nosní přepážky je většinou lokální a defekt se může postupně zhojit, u rozsáhlejších perforací je třeba zvážit operační plastiku.



prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.
Pediatrická klinika LF MU a FN
Černopolní 9, 625 00 Brno
zdoleze@fnbrno.cz