

Sborník abstrakt

# BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

25. 9. 2014

Jihočeská univerzita  
České Budějovice



## **BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ**

**České Budějovice**

**25. 9. 2014**

Sborník přednášek

ISBN: 978-80-905041-6-5

Vydavatel: Nemocnice České Budějovice, a. s.

Náklad 250 ks

Počet stran 50

Neprodejné

Redakční úprava:

MUDr. Tomáš Hauer, PhDr. Marie Šotolová

Publikace neprošla autorskými korekturami a jazykovou úpravou.

Výroba CD:

Angel Company s. r. o., Fr. Škroupa 26, České Budějovice

# BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ

25. 9. 2014

Jihočeská univerzita • Zdravotně sociální fakulta  
J. Boreckého 1167/27 • České Budějovice

*Kazuistický kongres BUDĚJOVICE KAZUISTICKÉ je společnou akcí Jihočeských nemocnic a.s. a Zdravotně sociální fakulty JU určenou zejména pro zdravotníky Jihočeského kraje. Probíhá pod záštitou hejtmána Jihočeského kraje mgr. Jiřího Zimoly, děkanky ZSF JU prof. PhDr. Valérie Tóthové, Ph.D., a generální ředitele Nemocnice České Budějovice a.s. MUDr. Břetislava Shona. Předsedou vědeckého výboru konference je MUDr. Pavel Havránek, emeritní primář Interního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.*

## **ORGANIZAČNÍ VÝBOR KONGRESU:**

- MUDr. Tomáš Hauer – vedoucí org. výboru
- PhDr. Marie Šotolová
- MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.

## **VĚDECKÝ VÝBOR KONGRESU:**

- MUDr. Jiří Burda – praktický lékař
- MUDr. Pavel Havránek – emeritní primář Interního odd. Nemocnice České Budějovice a.s. – předseda
- PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D. – ZSF JU
- Mgr. Ivana Chloubová, proděkanka ZSF JU
- Doc. MUDr. Aleš Mokráček, CSc. – primář Kardiochirurgického odd. Nemocnice České Budějovice
- Prim. MUDr. Marie Pešková – Interní odd. Nemocnice České Budějovice a.s.
- MUDr. Petr Pták, Ph.D. – Chirurgické odd. Nemocnice České Budějovice, a.s., ZSF JU
- Prim. MUDr. Olga Shonová – Gastroenterologické odd. Nemocnice České Budějovice
- Prim. MUDr. Vladimír Smrčka – Dětské odd., Nemocnice České Budějovice a.s.
- Prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D. – děkanka ZSF JU

## Lékaři

### A) SEKCE CHIRURGICKÝCH OBORŮ

#### I. 1. Blok

- 1.) Cysta urachu – vzácná příčina horečnatých stavů a bolestí břicha (Jana Horáková<sup>1</sup>, Jan Starczewski<sup>1</sup> Miloš Fiala<sup>1</sup>, Vl. Smrčka<sup>2</sup>, J. Kubálek<sup>3</sup>, A. Petřík<sup>1</sup>; Urologické<sup>1</sup>, Dětské<sup>2</sup> a Radiologické oddělení<sup>3</sup> Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 7
- 2.) Peroperační péče u těhotné s akutní aortální disekcí (Leitgeb Marian; ARO a RES KCH, Nemocnice České Budějovice, a.s.) .... s. 7
- 3.) Infekce cévní protězy (Beneš Jan; Chirurgické odd., Nemocnice České Budějovice a.s.) ..... s. 8
- 4.) Dvoudutinový chirurgický výkon u pacientky s karcinomem ledviny a nádorovým trombem v pravé srdeční síni (V. Kurfirst<sup>1</sup>, M. Fiala<sup>2</sup>, A. Mokráček<sup>1</sup>; Kardiochirurgické<sup>1</sup> a Urologické<sup>2</sup> oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 8
- 5.) Komplikace perkutánní koronární intervence (PCI) jako vodítko k diagnostice asymptomatického karcinomu ledviny (Sattran Tomáš, Toušek František; Kardiologické odd., Nemocnice České Budějovice a.s.) ..... s. 9

#### II. 2. Blok

- 1.) Neobvyklá příčina krvácení do horního GIT (Dohnal P., Louda V.; Chirurgické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 10
- 2.) Liposarkom retroperitonea (Matoška Štěpán; Chirurgické odd., Nemocnice Tábor, a.s.) ..... s. 11
- 3.) Kolorektální karcinom z prstenčitých buněk (Matkovčik Z., Hlad J.; Chirurgické odd., Nemocnice Strakonice, a.s.) ..... s. 11
- 4.) Méně obvyklý CT obraz tuberkulózy (Doubková Eliška; Radiologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 12
- 5.) Bizarní pacient v melanomovém týmu (Kočová Marie; Onkologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 12

#### III. 3. Blok

- 1.) Penetrující poranění oka s přítomností cizího tělesa (Honner D., Sattran J.; Oční odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 13
- 2.) Zevní píštěl orofaciální oblasti (Tichavová Blanka, Stomatochirurgické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 14
- 3.) Život ohrožující krvácení v poporodním období (Malík Vlastimil, Sák Petr, Velemínský Miloš; Gynekologicko-porodnické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 14
- 4.) Akutní a chronický epidurální hematom (Měšťan David; Neurochirurgické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 15
- 5.) Komplikace angiografických intervencí (Nevšimal M., Fiedler J.; Neurochirurgické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 15

#### IV. 4. Blok

- 1.) Vzácná komplikace fraktury bérce (Reiter Josef; Ortopedické a traumatologické odd., Nemocnice Písek, a.s.) ..... s. 15
- 2.) Bandáž plicnice u těžce nedonošeného novorozence (Kárová A.; Neonatologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) .... s. 16
- 3.) Fulminantní stafylokoková endokarditida (Kuta Bohuslav, Šulda Mirek; Kardiochirurgické odd. – RES, Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 16
- 4.) Intususcepse jako komplikace Adenovirové enteritidy u šesti měsíčního chlapce (Kinkorová Petra; Dětské odd., Nemocnice Strakonice, a.s.) ..... s. 17
- 5.) Neobvyklý zdroj krvácení do zažívacího traktu (Shon F.; Gastroenterologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) .... s. 18
- 6.) Neurologická symptomatologie v těhotenství – případ pro psychiatra? (Foltová Pavla; Gynekologicko-porodnické odd., Nemocnice Český Krumlov, a.s.) ..... s. 18

#### V. Posterová sekce

- 1.) „Přišli pěšky z Neurologie“, aneb diskrepance mezi klinickým stavem pacienta a radiologickým nálezem akutní neurochirurgické diagnózy (Šefr Jakub; Neurochirurgické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 19
- 2.) Krukenbergův nádor (Piklová M., Míka O.; Gynekologicko-porodnické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 20
- 3.) Vyšetření nepravidelnosti kostěné pánve pomocí MRI u pacientky s přáním porodu per vias naturales (Dostálek Lukáš; Gynekologicko-porodnické odd., Nemocnice Český Krumlov, a.s.) ..... s. 21
- 4.) Ageneze trachey (Nedvěďová Lenka; Neonatologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 21
- 5.) Akutní mezenterální ischemie (Soukup Patrik, Louda Vojtěch; Chirurgické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 22
- 6.) Embolie renální arterie (Černý Jiří<sup>1</sup>, Petřík Aleš<sup>1</sup>, Uhlířová Ivana<sup>2</sup>, Hes Karel<sup>3</sup>; Urologické<sup>1</sup> a Radiologické<sup>3</sup> odd., Nemocnice České Budějovice, a.s., Chirurgické<sup>2</sup> odd., Nemocnice Strakonice, a.s.) ..... s. 22
- 7.) Extraneurální metastáza glioblastomu (Vokáč Tomáš; Neurochirurgické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 23
- 8.) Infekce Listeria monocytogenes v těhotenství (Sádlková Lydie, Slintáková Eva; Gynekologicko-porodnické odd., Nemocnice Strakonice, a.s.) ..... s. 23
- 9.) Magnetický piercing v trávicím traktu (Lesňáková Dagmar; Chirurgické odd., Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.) ..... s. 25

## B) SEKCE INTERNÍCH OBORŮ

## I. 1. Blok

- 1.) OPSI u řádně očkovaného pacienta (Červíček Stanislav, Timr Pavel, Smrčka Vladislav; Dětské odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 26
- 2.) „Double-hit“ lymfom - specifický typ lymfomu s charakteristickými klinickými znaky (Scheinost Ondřej<sup>1</sup>, Vondráková J.<sup>2</sup>, Dušková L.<sup>1</sup>, Hynková J.<sup>1</sup>, Landová P.<sup>1</sup>, Šimová E.<sup>1</sup>; Laboratoř molekulární biologie a genetiky<sup>1</sup> a Laboratoř klinické chemie, hematologie a imunologie<sup>2</sup>, Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 26
- 3.) PCR diagnostika infekčních agens – zajímavé záchyty u myokarditid (Trubač Pavel, Piskunova Natalja, Scheinost Ondřej, Vorel František; Laboratoř molekulární biologie a genetiky, Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 27
- 4.) Kožní projevy infekce GBS (Abrman Tadeáš; Neonatologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 27
- 5.) Henochovo-Schönleinova purpura (Studenovská Lenka; Dětské odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 27

## II. 2. Blok

- 1.) Jaká může být příčina levostranné hemiparézy a akutní ischemie pravé horní končetiny? (Jalůvková Markéta; Interní odd., Nemocnice Písek, a.s.) ..... s. 28
- 2.) Vaskulitida velkých tepen – podceňovaná diagnóza? (Jiskrová Lucie; Interní odd., Nemocnice Písek, a.s.) ..... s. 28
- 3.) Změna terapeutického přístupu u pacienta s MDS-RCC, po objevení a stanovení deficitu transkripčního faktoru GATA-2 (Hojdová I.<sup>1</sup>, Suková M.<sup>2</sup>, Formánková R.<sup>2</sup>, Mejstříková E.<sup>2</sup>, Timr P.<sup>1</sup>, Smrčková A.<sup>1</sup>, Starý J.<sup>2</sup>, Smrčka V.<sup>1</sup>; Dětské<sup>1</sup> odd., Nemocnice České Budějovice a.s., Klinika dětské hematologie a onkologie<sup>2</sup> UK 2. LF a FN Motol) ..... s. 29
- 4.) Příběh mladého muže s epilepsií (Markvartová Ivona; Neurologické odd., Nemocnice Strakonice, a.s.) ..... s. 29
- 5.) Limb-shaking syndrome: vzácná klinická manifestace tranzitorní ischemické ataky (Kunáš Zdeněk<sup>1</sup>, Reiser Martin<sup>1</sup>, Ostrý Svatopluk<sup>2,3</sup>; Neurologické<sup>1</sup> odd., Nemocnice České Budějovice, a.s., Neurochirurgické<sup>2</sup> oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., Neurochirurgická<sup>3</sup> klinika 1.LF UK, IPVZ, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha) ..... s. 30

## III. 3. Blok

- 1.) Malárie i rok po návratu (Práznovská Lucia; Infekční odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 30
- 2.) Není perikarditida jako perikarditida (Havelková Jana; Interní odd., Nemocnice Písek, a.s.) ..... s. 31
- 3.) Kalcifylaxe – komplikace chronického renálního selhání ledvin (Bergerová Michaela; Interní odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 31
- 4.) P-ANCA RPGN, komplikováno MRSA sepsí s artritidou (Petrášek Ivo; Praktický lékař; České Budějovice) ..... s. 32
- 5.) Hemofagocytární syndrom u dospělé pacientky – diagnostika a léčba (Korešová Jana; Interní odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 33

## IV. 4. Blok

- 1.) Erythema necroliticum migrans (Staňková Eliška; Kožní odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 34
- 2.) GIST – Endoskopický nálezný, který překvapil endoskopistu i chirurga, (Farská Lucia; Gastroenterologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 34
- 3.) Transplantace stolice – „novinka“ v léčbě recidivující clostridiové kolitidy (Vašíček Jan, Horný Ivo; Interní odd., Nemocnice Strakonice, a.s.) ..... s. 35
- 4.) Recidivující Campylobakterová enteritis jako nemoc z povolání (Veselá Hana, Mullerová Helena, Hejlek Aleš; Odd. pracovního lékařství, Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 36
- 5.) Plicní sarkoidóza ve 3 kazuistikách (Tolingerová Iva, Vaník Petr; Plicní odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 36

## V. Posterová sekce

- 1.) Destrukce středouší agresivní plísní Lichtheimia ramosa u sedmnáctileté pacientky (Kupková T.<sup>1</sup>, Smrčka V.<sup>1</sup>, Mallátová N.<sup>2</sup>, Fiala I.<sup>3</sup>); Dětské<sup>1</sup> oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.; Pracoviště parazitologie<sup>2</sup> a mykologie Laboratoře lékařské mikrobiologie Nemocnice České Budějovice a.s.; Biologické centrum<sup>3</sup> Akademie věd České Budějovice) ..... s. 37
- 2.) Atypický zdroj krvácení v gastroenterologii (Rokůsková Eva; Gastroenterologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 38
- 3.) Karcinom pankreatu skrytý za VAS (Vacík Michal; Gastroenterologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 38
- 4.) Sekundární pneumokoková purulentní meningitis (Mušková Věra; Infekční odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 39
- 5.) Syndrom tukové embolie u mladého muže (Junková Jana; Interní odd., Nemocnice Písek, a.s.) ..... s. 39
- 6.) Narkomanie – cesta k trvalé invaliditě (Horníková Tereza; Interní odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 40
- 7.) Synchronní urologická nádorová duplicita a význam přesného stagingu (Capouch Jan; Onkologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.) ..... s. 40
- 8.) Papilární karcinom štítné žlázy v ovariální strumě (Kratochvíl Vojtěch) ..... s. 41

## Nelékařští zdravotničtí pracovníci (sestry)

<b>I. 1. Blok</b>	
1.) Péče o pacienta s duševním onemocněním (Dvořák Vít; Psychiatrické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.)	s. 42
2.) Pacientka s jícnovými varixy v 25. týdnu rizikového těhotenství (Klivanová Zuzana; Anesteziologicko-resuscitační odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.)	s. 42
3.) Terminální stádium pacienta se zhoubným nádorem pyriiformního sinu (Pavlicová Martina; Hospic Pardubice)	s. 43
4.) Na HDS chodím jako do společnosti (Tamáš Otásková Jitka; Interní odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.; ZSF JU)	s. 43
5.) Pozitivní test na okultní krvácení – bagatelizace pacientem (Trníková Věra; Gastroenterologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.)	s. 44
<b>I. 2. Blok</b>	
1.) Neklidný pacient – riziko a ohrožení (Klímová Lenka; Gastroenterologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.)	s. 44
2.) Komplikované hojení ran po úrazu dolní končetiny (Polanová Alena; Úrazové odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.; ZSF JU)	s. 45
3.) Pacient s rakovinou varlat (Pospíšilová Markéta; ZSF JU)	s. 45
4.) Dárek k 18. narozeninám – kazuistika z hemodialýzy (Burgerová Zdeňka; Interní odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.)	s. 46
<b>I. 3. Blok</b>	
1.) Záchrana dolní končetiny (Procházková Marie; Úrazové odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.)	s. 46
2.) Využití metody vlhkého hojení na ONP (Vítová Šárka; ONP Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.)	s. 47
3.) Tady je tým – kazuistika z hemodialýzy (Olišarová Věra; Interní odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.)	s. 47
4.) Terapeutická endoskopie u polymorbidního pacienta (Anděla Tichá; Gastroenterologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.)	s. 48
<b>I. 4. Blok</b>	
1.) Polytrauma – traumatická amputace (Slabý Petr; ZZS JCK)	s. 48
2.) Aktivní život s hemodialýzou (Tamáš Otásková Jitka; Interní odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.; ZSF JU)	s. 49
3.) Příprava pacienta s cukrovkou II. typu na gastrokopické vyšetření (Sobustová Gabriela; Gastroenterologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.)	s. 50
4.) Je, či není?! Toť otázka... ..scabies... (Janičková Lucia; Úsek nemocniční hygieny a epidemiologie, Nemocnice Písek, a.s.)	s. 50

## 1. 1. Cysta urachu – vzácná příčina horečnatých stavů a bolestí břicha

Hlavní autor, spoluautoři:

Jana Horáková<sup>1</sup>, Jan Starczewski<sup>1</sup> Miloš Fiala<sup>1</sup>, Vladislav Smrčka<sup>2</sup>, Jiří Kubále<sup>3</sup>, Aleš Petřík<sup>1</sup>

Pracoviště, adresa, e-mail:

Urologické<sup>1</sup>, dětské<sup>2</sup> a radiodiagnostické oddělení<sup>3</sup> Nemocnice České Budějovice, a.s.

B. Němcové 585/54, 37001 České Budějovice

jm.horakova @ email.cz

### Úvod

Kazuistika 13měsíční dívky s pětidenní anamnézou subfebrilií přijatá na pediatrii pro febris 39,5 °C, celkovou slabost a elevaci CRP 195mg/l s podezřením na urosepsi.

### Vlastní kazuistika

Při příjmu objektivně břicho v nivěu, aperitoneální, bez hmatné rezistence, peristaltika volná. Zahájena terapie širokospektrými antibiotiky. Vstupní vyšetření močového sedimentu – erytrocyty 13, leukocyty 37; kultivace moči negativní, CRP 167 mg/l, leukocytóza  $47,9 \times 10^9/l$ . Ultrazvukové vyšetření bez abnormality na parenchymových orgánech dutiny břišní; nad močovým měchýřem nález kulovitěho útvaru nehomogenního obsahu o průměru 35mm bez známek přímé komunikace s močovým měchýřem. Doplněná magnetická rezonance prokazuje ohraničenou nepravidelnou kolekci tekutiny pod přední stěnou břišní jdoucí od ventrokranálního okraje měchýře ventrálně a kraniálně až k pupku – velmi pravděpodobný absces v průběhu urachu. Po zahájení antibiotické terapie dochází k rychlé úpravě stavu, urologem doporučen konzervativní postup, drenáž zvažována jen v případě zhoršení stavu, recidivy febrilií a elevace CRP. Chirurgický zákrok s odstraněním cysty urachu proveden elektivně v 2. době 13. den hospitalizace. Histologicky prokázány části tukové a fibrozní tkáně se smíšeným zánětlivým infiltrátem s hojnou účastí neutrofilů a s tvorbou drobných abscesů. Pacientka dimitována 7. pooperační den, zhojena per primam.

### Závěr

Incidence anomálií urachu obecně je nízká, v případě cysty urachu u dětí 1:5000, jiná studie u hospitalizovaných dospělých udává incidenci méně než 2:100000. Infikovaná cysta urachu je vzácnou příčinou febrilních stavů u dětí a dospělých. Pro svoji ojedinělost může činit velké diagnostické obtíže. Pohled na léčbu není jednotný. S ohledem na vysoké riziko reinfekce a riziko vzniku karcinomu se jeví chirurgická léčba s odstraněním cysty v druhé době jako optimální.

## 1. 2. Peroperační péče u těhotné s akutní aortální disekcí

Leitgeb Marian

ARO a RES KCH, Nemocnice České Budějovice, a.s.B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice

mleitgeb@post.cz

### Úvod

Akutní disekce aorty je život ohrožující stav s vysokou mortalitou, která roste o 1–2 % každou hodinu od vzniku potíží. Jedním z mnoha rizikových faktorů tohoto onemocnění je i fyziologické těhotenství a změny ženského organismu především ve třetím trimestru. Včasná diagnóza je zásadní pro přežití pacientky i dítěte, přesto v 85 % bývá prvotní diagnóza chybná. U mladých těhotných je čtenější disekce typu A (78 %) a vyžaduje vždy urgentní operační řešení. Incidence je malá, pouze 4 případy z milionu těhotných za rok, tj. přibližně dva případy za pět let v ČR. V polovině případů se jedná o ženy s Marfanovým syndromem nebo jinou vrozenou vadou pojivové tkáně. Při gestačním stáří dítěte nad 32 týdnů je doporučeno ukončit těhotenství císařským řezem před kardiokirurgickým výkonem. Diagnóza musí být potvrzena dalšími vyšetřeními – ultrazvukové vyšetření srdce a velkých cév, CT hrudníku s ev. podáním kontrastní látky, angiografie a MR. Pro typ A bývá dostatečné a nejnázne dostupné ultrazvukové vyšetření. Transesophageální echo má oproti transthorakální echokardiografii vysokou senzitivitu i specifitu. Je ekvivalentní CT vyšetření.

### Kazuistika

Popisujeme případ mladé 25leté druhorodičky bez vrozené vady pojiva, která na našem pracovišti ve 33. týdnu těhotenství prodělala náhradu ascendentní aorty pro disekci typu A. V první fázi operace bylo ukončeno těhotenství císařským řezem v celkové anestezii, následně provedena náhrada ascendentní aorty. Úvod do anestezie byl veden nestandardním způsobem s ohledem na tlak těhotné. Během plné heparinizace na mimotělním oběhu jsme řešili vyšší krevní ztráty z děložní dutiny. K jejich omezení byl úspěšně použit v kombinaci s uterotoniky Bakriho balóněk. Hysterektomie nebyla nutná. Tento dlouhý a náročný výkon pacientka zvládla v dalším průběhu bez vážnějších komplikací. Pátý pooperační den byla přeložena na standardní oddělení a osmý den byla propuštěna i s dítětem v dobrém stavu domů.

### Závěr

Literatura není bohatá na kazuistiky těhotných, které nemají vrozenou vadu pojivové tkáně. Klinický obraz u těhotných žen s disekcí aorty bývá typický, přesto velmi často dochází k chybné prvotní diagnóze. Mortalita matky a dítěte s časem nebezpečně roste. Ultrazvukové vyšetření, které minimálně zatěžuje těhotnou ženu, je dostupné a rychlé. Máme-li diagnostikovanu akutní disekci u těhotné, musíme ji rychle a šetrně transportovat na specializované pracoviště za důsledné kontroly tlaku a oběhu.

### 1. 3. Infekce cévních protéz

MUDr. Jan Beneš

Chirurgické odd. Nemocnice Č. Budějovice

#### Úvod

Infekce cévních protéz patří k nejzávažnějším a nejobávanějším komplikacím v cévní chirurgii. Perioperační mortalita se pohybuje kolem 50% a přibližně v 75% dochází k amputacím končetiny [1]. Infekce cévních protéz můžeme rozdělit na časné – probíhají do 3 měsíců od založení protézy a pozdní, které mohou probíhat latentně řadu let [3]. V těchto případech infekci způsobuje méně virulentní patogen a často nemusí být tato infekce ani diagnostikována. Incidence infekcí cévních protéz se pohybuje mezi 1–6% v závislosti na lokalizaci cévní protézy s tím, že minimum infekcí se vyskytuje v aortální a aortoilické oblasti a vzrůstá v aorto-femorální a femoro-popliteální lokalizaci [2]. Radikální řešení spočívá v odstranění infikovaného umělého materiálu z těla a následné revaskularizaci končetiny. Ve své kazuistice chci demonstrovat případ pacienta s infekcí protézy iliko-femorálního bypassu.

#### Vlastní kazuistika

Pacient, 66 let, 7 let od založení iliko-femorálního bypassu vpravo na jiném pracovišti. Dle dokumentace po založení bypassu před 7 lety sekundární hojení rány v třísele s opakovanou ATB léčbou. Na naše oddělení přijat pro výhřez bypassu v místě píštěle v pravém třísele. Píštěl pozoroval již několik měsíců, na naše odd. odeslán praktickým lékařem, kterého vyhledal pro přetrvávající sekreci a zápach z třísla. Bolestivost pacient negoval. Při přijetí z píštěle v pravém třísele zeje protéza cca 5 cm, přetrvává hojná purulentní sekrece. Končetina nejeví známek ischemie, pacient neguje klidové bolesti, klaudikace pouze občas po ujití více než 1km. Z laboratorních nálezů CRP 32mg/l, Leu  $10,2 \times 10^9$ . Pacientovi nasazen empiricky Amoksiklav a odebrán vzorek ke kultivaci a stanovení citlivosti k ATB. Dle této *Corynebacterium species*, *Staphylococcus species* koaguláza negativní a *Pasteurella canis*. Dle výsledků citlivosti, po dohodě s ATB střediskem úprava ATB na Cefazolin a Metronidazol. Provedeno CTAG kde nález kompletního uzávěru P společné ilické tepny, kompletní uzávěr aorto-femorálního bypassu, podél jeho průběhu je patrný píštělový kanál s bublinkami plynu, tekutinou a infiltrátem v okolí. Tento začíná nad ostupem vnitřní ilické tepny a táhne se až k povrchu kůže v P třísele.

Na základě těchto vyšetření byl pacient indikován k explantaci protézy. Distální konec protézy již spontánně odhojen a při minimální manipulaci s protézou při sondování kanálu dochází k uvolnění proximálního konce protézy, která je volně extrahována. Není známek krvácení. Z kanálu hojná hnisavá sekrece spolu s tkáňovým detritem, opakovaně proveden výplach a drenáž. Materiál odeslán ke kultivaci, dle tohoto stejná flora jako v prvním případě po konzultaci s ATB střediskem ponechána ATB jako předoperačně.

Pooperační průběh klidný, rána v třísele klidná, končetina bez známek ischemie, pacient dimitován 8. pooperační den. Při poslední kontrole, měsíc od dimise, pacient udává klaudikační interval po přibližně 1500m, bez klidových bolestí, končetina bez známek ischemie, rána v třísele klidná. Pacient nadále předán do péče praktického lékaře a spádového chirurgického pracoviště.

#### Podněty k diskusi, závěr

Příčinami infekcí cévních protéz bývá nedodržení asepse u cévních výkonů, nesprávná technika operace, opakované cévní výkony, bakteriémie, obezita, diabetes mellitus, léčba kortikoidy či imunosupresivy [3]. Taktiky chirurgických intervencí u infekcí cévních protéz může být v zásadě dvojitá. Jednak odstranění infikované protézy s revascularizací končetiny nebo pouze její odstranění bez revascularizace. Obecně je odstranění protézy bez revascularizace doprovázeno častými ztrátami končetin a i vysokou mortalitou. Avšak v případě, kdy je cévní protéza před plánovanou explantací již kompletně uzavřena a končetina nejeví známky ischemie, jako tomu bylo u výše zmiňovaného pacienta, je zákrok bez revascularizace správný [1].

1. ČERTÍK, B., V. TŘEŠKA. Infekce cévních rekonstrukcí v aortofemorální oblasti. *Rozhledy v chirurgii*. 2004, roč. 83, č. 11, s. 586–590

2. LEGOUT, L. a P.V. D'ELIA. Diagnosis and management of prosthetic vascular graft infections. *Médecine et maladies infectieuses*. 2012, č. 42, s. 102–109.

3. TŘEŠKA, V., B. ČERTÍK. Infekce cévních rekonstrukcí v aortofemorální oblasti. *Rozhledy v chirurgii*. 2012, roč. 91, č. 11, s. 597–600.

### 1. 4. Dvoudutinový chirurgický výkon u pacientky s karcinomem ledviny a nádorovým trombem v pravé srdeční síni

MUDr. Vojtěch Kurfirst, Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Miloš Fiala<sup>2</sup>, Doc. MUDr. Aleš Mokráček, CSc.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kardiochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice

<sup>2</sup> Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Kontaktní údaje: email: vojtech.kurfirst@post.cz, tel. 387874201

#### Úvod

Autoři ve svém sdělení popisují případ pacientky s bilaterálním karcinomem ledvin, která měla zároveň nádorový trombus v pravé srdeční síni. Jsou popsány symptomy, klinický obraz i průběh operace a histologický nález nádorového onemocnění. Dále jsou v textu zmíněny souhrnné informace týkající se tohoto onemocnění, stručně jsou popsány metody diagnostické i léčebné.

#### Vlastní kazuistika

Pacientka, 65 let, léčena pro hypertenzi, byla přijata do spádové nemocnice pro makrohematurii. Laboratorní vyšetření odhalilo známky anemizace (hemoglobin 12g/dl) a zvýšenou hladinu C-reaktivního proteinu (232mg/l). Při CT vyšetření byl nalezen tumor pravé ledviny 16 × 12 × 10cm, tumor levé ledviny 2,5cm a nádorový trombus v DDŽ prorůstající do pravé síně. Pacientka byla přeložena do Nemocnice České Budějovice, a.s. a bylo rozhodnuto o dvoudutinovém (břišním a hrudním) výkonu za spolupráce urologického a kardiochirurgického pracoviště. Před vlastním výkonem byla provedena katetrizační embolizace pravostranné a. renalis k redukci patologické vaskularizace nádoru.



Po předoperační přípravě pacientky bylo přistoupeno k vlastní operaci (1 měsíc po diagnóze). Nejprve byla urology provedena pravostranná nefrektomie ze subkostálního řezu a trombektomie v dostupné vzdálenosti z v. cava inferior. V průběhu výkonu došlo k uvolnění části nádorového trombu a jeho embolizaci do plicního řečiště a ke vzniku akutního cor pulmonale. Vzhledem k tomu, že byla operace prováděna na kardiochirurgických sálech, bylo možné ihned provést sternotomii, pacientku napojit na mimotělní oběh a za mírné hypotermie (32°C) provést embolektomií z truncus pulmonalis a z aa. pulmonales bilat. Dále byla provedena resekce nádorem infiltrované v. cava inferior s její následnou rekonstrukcí bovinním perikardem.

Pooperační průběh byl komplikován atakami febrilií s nálezem kolekce tekutiny v lůžku po resekované ledvině. Stav byl řešen drenáží abscesu a podáváním intravenózních antibiotik. Pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování 30. pooperační den. Histologicky byl v ledvině prokázán světlóbný karcinom ledviny.

Ke druhé operaci bylo přistoupeno po rekonvalescenci pacientky za 3 měsíce po diagnóze renálního tumoru. Při tomto výkonu byla provedena laparoskopická resekce nádoru z levé ledviny. Pooperační průběh byl bez komplikací a pacientka byla propuštěna do domácího ošetřování 5. pooperační den. Histologicky byl také prokázán světlóbný karcinom ledviny.

Vzhledem k nálezu metastázy v pravé plicí byla zahájena biologická léčba preparátem nexavar. Nyní je pacientka 2 roky po primární operaci, v dobrém klinickém stavu bez známek progresu nádorového onemocnění.

#### Diskuze

Karcinomy ledvin představují 1–3% maligních nádorů. Častěji se objevují u mužů (v poměru 2:1 oproti ženám) a nejčastější výskyt je mezi 40 a 60 lety. Mezi nejčastější formy karcinomu ledvin patří světlóbný karcinom (70%), papillární renální karcinom (10%) a chromofóbní renální karcinom (5%). Klinickou triádu představují bolesti zad, hematurie a hmatný tumor bederní oblasti (1). Symptomy však mohou být i nespecifické, jako např. únava, úbytek tělesné hmotnosti a celková nevykonnost. Často může jít o náhodný nález při UZ nebo CT vyšetření. Tyto metody spolu s magnetickou rezonancí také představují nejčastější diagnostické nástroje k určení rozsahu onemocnění. V časných stádiích se nádory izolují na ledvinový parenchym, v pokročilých stádiích mohou prorůstat do dutého systému ledvin nebo případně se ve formě nádorového trombu šířit do žilního systému. Při popisu hladiny nádorového trombu se používá tzv. Nesbitova klasifikace. Stupeň I – trombus je v renální žíle, stupeň II – trombus je v dolní duté žíle subhepatálně, stupeň III – trombus je v dolní duté žíle intra/suprahepatálně a stupeň IV – trombus je v pravé síni (2).

Pokud je přítomen nádorový trombus IV. stupně, bývá onemocnění spojeno s vyšším počtem pozitivních uzlin (26%) a orgánových metastáz (50%). Mezi doprovodné komplikace může patřit stáza v oblasti drenáže dolní duté žíly se sekundární trombózou, otoky dolních končetin, poruchy renálních a jaterních funkcí a plicní embolie (3). K dovyšetření před plánovaným výkonem je nutné doplnit rentgenový snímek plic a scintigrafií kostí. Pokud se zvažuje i současný kardiochirurgický výkon, měla by být u indikovaných pacientů (muži nad 40 let, ženy nad 45 let) doplněna i koronarografie.

Terapie zahrnuje radikální nefrektomií včetně odstranění nádorového trombu ze žilního řečiště. Pro prognózu pacienta je rozhodující více než samotná přítomnost nádorového trombu jeho úplné odstranění (3). Nezbytným předpokladem je úzká spolupráce urologa i kardiochirurga. U takto kombinovaného výkonu je zvýšeno operační riziko i náročnost zákroku. Pooperační morbidita může dosahovat 28–41%. Časté jsou přechodné edémy dolních končetin (z důvodu zúžení dolní duté žíly po resekcii), plicní embolie (nádorová, krevní) nebo renální insuficience. Riziko také představuje velká krevní ztráta – při rozsáhlé kavotomii nebo při resekcii DDŽ při infiltraci stěny trombem – s poruchou koagulačních parametrů. Pooperační mortalita bývá 5,5–13% a nejčastější příčinou úmrtí je multiorgánové selhání jako následek působení mimotělního oběhu (4).

## 1. 5. Komplikace perkutánní koronární intervence (PCI) jako vodítko k diagnostice asymptomatického karcinomu ledviny

MUDr. Tomáš Sattran<sup>1)</sup>, prim.MUDr. František Toušek, FESC

<sup>1)</sup>, Kardiologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

#### Úvod

Předkládaná kazuistika předkládá případ 76letého pacienta, jemuž byla v rámci akutního koronárního syndromu provedena PCI, při níž došlo k paravázatu a následně i subklinické pseudocystě promínující do levé síně. Při rehospitalizaci byla tato cysta mylně diagnostikována jako tumorosní proces levé síně, ale vedla tak v rámci dif.dg vyšetření k záchytu nádoru ledviny. Při následné kombinované operaci pak byla provedena nefrektomie a částečně odstraněna posthemoragická pseudocysta levé síně s následně provedenou plastikou stěny síně.

#### Kazuistika

Sedmdesátiletý pacient, diabetik na PAD, hypertonik, s dyslipidemií, s anamnézou cyst obou ledvin, byl primárně přijatý na kardiologické oddělení pro nově vzniklé klidové bolesti na hrudi, které jsme hodnotily jako suspektní nestabilní angina pectoris. Echokardiograficky byla přítomna pouze aortální regurgitace I.–II.stupně, jinak věku přiměřený nález, levá komora srdeční bez lokálních poruch kinetiky; markery srdeční nekrosy byly negativní. V rámci dif.dg. a pro kumulaci rizikových faktorů (věk, diabetes, hypertenze, dyslipidémie) byla provedena selektivní koronarografie, která prokázala významné postižení v plovodí RIA (ramus interventricularis anterior) a RCx (ramus circumflexus). Ad hoc byla proto provedena PCI všech lézí s implantací lékových stentů. V pooperačním průběhu došlo k mírné elevaci markerů srdeční nekrosy a k paroxysmu fibrilace síní s verzí po amiodaronu. Po čtyřech dnech hospitalizace byl pacient ve stabilizovaném stavu propuštěn do domácího ošetřování, zavedena standartní duální antiagregační terapie.

Po 12 dnech se pacient dostavil na příjmovou ambulanci kardiologie pro recidivu stejných potíží, pro které byl primárně ošetřen PCI. EKG ani laboratorní vyšetření neukazovalo na eventuelní trombosu ve stentu a tedy recidivu akutního koronárního syndromu. Provedeným kontrolním echokardiografickým vyšetřením byl zjištěn patologický útvar v levé síni vycházející ze zadní stěny a vyplňující asi polovinu síně. Na základě tohoto zjištění byla zahájena dif.dg. vyšetření. Přínosným se stalo CT hrudníku a břicha, které verifikovalo přítomnost útvaru v levé

síni a zároveň byl objeven objemný tumor pravé ledviny, bez známek generalizace. Dále byla doplněna transesofageální echokardiografie k přesnějšímu popisu útvaru levé síně, dle kterého útvar imponoval solidně a mohlo se tedy jednat o metastázu primárního tumoru ledviny či duplicitu ve smyslu primárního srdečního tumoru.

Nález byl prezentován na kardiochirurgickém semináři a zároveň urologům a pacient byl vzhledem k celkově dobrému fyzickému stavu indikován ke kombinovanému chirurgickému výkonu – laparotomická nefrektomie a extirpace tumoru levé síně.

Během vlastní operace bylo nejprve provedeno odstranění pravé ledviny, makroskopicky s centrální cystou a expanzí horního pólu ledviny. Po otevření perikardu bylo zjištěno malé množství hemoragického výpotku, následně provedena incize levé síně, kde byl zjištěn objemný tumor charakteru prominence z extrakardia s pevnou stěnou. Po incizi stěny se objevily hmoty charakteru starého hematomu v kombinaci s vazivem a tukem typické pro staré hematomy. Byla provedena jeho extirpace a plastika stěny levé síně.

Z provedených histopatologických vyšetření vyplynulo, že tumor ledviny byl méně diferencovaným konvečním karcinomem bez známek angioinvasivní omezuje se pouze na tkáň postižené ledviny. Vzorek odebraný z levé síně byl popsán jako posthemoragická pseudocysta. Při zpětné revizi koronarografických nálezů bylo zjištěno, že během PCI RCx došlo k paravazátu, který nebyl nijak klinicky významný a unikl proto pozornosti a vzhledem k duální antiagregační terapii zprogredoval až do pseudocysty.

Průběh operace i pooperačního období proběhl bez zásadních komplikací a pacient byl v celkově dobrém stavu propuštěn do domácí péče.

#### Diskuse

Komplikace PCI ve smyslu perforace věnčité tepny s následnou extravazací patří mezi méně obvyklé (0,3–0,6% všech PCI) komplikace perkutánních koronárních intervencí; paravazáty rozsáhlejšího charakteru, jako u popisovaného případu, jsou pak ještě méně časté a mohou mít výrazně dramatický průběh (např. tamponáda srdeční). U našeho pacienta však tato komplikace vedla k časné diagnostice zhoubného nádoru ledviny, který byl díky tomu odstraněn zavčas, kdy ještě nebyly známky generalizace.

## 2. 1. Neobvyklá příčina krvácení do horního GIT

**Hlavní autor, spoluautoři : MUDr. Pavel Dohnal, prim. MUDr. Vojtěch Louda**

*Pracoviště, adresa, e-mail : Nemocnice České Budějovice a.s., B. Němcové 54, České Budějovice*

*dohnal\_p@volny.cz*

#### Úvod

Kazuistika případu mladého dosud zdravého muže s akutním krvácením do horního GIT na podkladě objemného GIST tumoru s nutností akutní chirurgické intervence.

#### Vlastní kazuistika

Třicetiletý letý muž přichází na gastroenterologickou ambulanci pro celkovou slabost, malátnost a 2 dny trvající přítomnost černé zápachající stolice. Nikdy se s ničím dlouhodobě neléčil, pouze před 3 měsíci měl epizodu bolesti břicha difúzně s nechutenstvím a zvracením šňáv bez přítomnosti krve. Po dvou dnech se stav postupně upravil. Poté navštívil PL, kde laboratorní parametry bez nálezu patologie. Objednán k UZ vyšetření břicha, kam se však pro vymizení obtíží nedostavil. Od té doby pociťoval intermitentní bolesti v levém podžebří, jiné obtíže negoval.

Při příjmu bledý, orientovaný, GCS 15, TK 140/90, TF 100/min, saturace 100%, břicho měkké prohmatné, bolestivé při hluboké palpaci v levém hypochondriu. Per rectum : meléna. Z krevních nálezů: HgB 61 g/l, Hct 0,18, leuko 8 tis., Quick 68%.

Indikována urgentní gastrokopie s nálezem submukózního tumoru subkardiálně na zadní stěně, tumor exulcerovaný s arteriálním krvácením Forrest 1a. Proveden opich adrenalinem a naložení 5 klipů se zastavením krvácení. Podány hemostyptika, PPI, krystaloidy, objednány erymasy a překlad na chirurgickou JIP.

Při příjmu na chirurgickou JIP pacient stabilizovaný, KP komp., bez přítomnosti další melény. Podány celkem 7× TU EBR, 4× FFP, krystaloidy, hemostyptika, Remestyp, Kanavit + další terapie v rámci intenzivní péče. Celkem 12 hodin plně bez příznaků pokračujícího krvácení do GIT, v kontrolních laboratorních však pouze mírný vzestup HgB a Hct a poté nález menšího množství čerstvé melény. Indikován k akutní operační revizi pro známky recidivujícího endoskopicky neošetřitelného krvácení.

Operační nález : Horní polovina dutiny břišní je vyplněna obrovským vaskularizovaným tumorem, jinak je dutina břišní bez výpotku, bez známek generalizovaného onemocnění. Při postupné extirpaci tumoru se zdá, že vychází z centrum tendineum bránice. Uvolněn postupně od bránice, sleziny a retroperitoneálních struktur. Tumor je dále fixován v oblasti kardiie na minimální ploše – 1cm. Provedena klínovitá resekce žaludku s tumorem, kontrola krvácení, drén do levého subfrenia. Tumor měřil 29 × 25 × 12cm.

Vzhledem k peroperačním ztrátám 5l krve ( substituce 9 × TU EBR, 9 × FFP ) pooperačně překlad ke stabilizaci stavu na ARO na 2 dny. V dalším průběhu nutnost hrudní drenáže pro levostranný fluidothorax a dále rozvoj infekce operační rány s fasciitidou – konzervativní postup. Jinak další průběh bez komplikací, pacient propuštěn 22. pooperační den.

Dle histologie, která byla odeslána i do FN Motol ke 2. čtení : Gastrointestinální stromální nádor maligní z vřetenovitých buněk, počet mitóz 5/50 zorných polí. Prognostická skupina WHO 6b. Doplněno CT břicha a hrudníku, kde bez jasných známek generalizace nádoru. Pacient indikován GIT onkoteamem k pokračování léčby na onkologii.

#### Závěr

Obecně se nádory žaludku jako příčina akutního krvácení do horního GIT udávají pouze ve 3% případech, navíc je mnohem větší zastoupení adenokarcinomů ( příčiny akutního krvácení do GIT dle incidence – 1. Peptická choroba gastroduodena – 45%, 2. Erozivní gastritida 23%, 3. Jícnové varixy 20%, 4. Mallory-Weissův syndrom 5%, 5. Nádory 3% ). Na druhou stranu GIST se chová dlouho asymptomaticky a první projevy mohou být buď nespecifické ( dyspepsie, úbytek hmotnosti ) nebo způsobené komplikací – nejčastěji právě jako krvácení do horního GIT.

Incidence GIST je 2–4 /100 000, nejčastěji se nachází v žaludku, ale může postihovat celou trávicí trubici. Základní terapie je chirurgická – resekce s minimálním okrajem 1 cm od tumoru s peroperační histologií okrajů resekátu. Lymfadenektomie není indikována, pouze sampling suspektních lymfatických uzlin. Prognóza GISTu závisí mimo jiné na velikosti nádoru a počtu mitóz v histologickém preparátu.

## 2. 2. Liposarkom retroperitonea

**MUDr. Štěpán Matoška**

*Nemocnice Tábor, a.s., Kpt. Jaroše 2000, 390 02  
stepanm@email.cz*

Sarkomy měkkých tkání se odvozují z mezodermových pojivových a podpůrných tkání a jsou pojmenovány podle normálních tkání, ve kterých se vyvíjejí: tuk, fibrózní tkáň, sval, cévy atd. Tyto nádory představují 1% lidských nádorů. Liposarkomy jsou maligní nádory vycházející z tukové tkáně a jsou nejběžnějšími humánními sarkomy. Nejčastěji jsou lokalizovány na dolních končetinách a v retroperitoneu. Liposarkomy retroperitonea mohou dorůst do masivní velikosti dříve, než jsou zjištěny, když dislokují části gastrointestinálního ústrojí nebo ureter. Kazuistika prezentuje 43 letou pacientku, která byla doporučena obvodním gynekologem k hysterektomii pro silné menstruační krvácení při uterus myomatosus. Při gynekologickém vyšetření byl ultrasonograficky diagnostikován hypoechogenní tumor malé pánve. Následně provedena CT a MR diagnostika tumoru malé pánve a pacientka byla objednána k operaci. Provedena exstirpace tumoru retroperitonea a hysterektomie s bilaterální salpingektomií. Dle histologického vyšetření se jedná dediferencovaný liposarkom. Na kontrolní MR fibrózní pooperační změny bez jednoznačných známek rezidua či recidivy tumoru. Doporučenou aktinoterapii pacientka odmítla, dále je dispenzarizována cestou onkologie.

Chirurgická radikální terapie ve smyslu R0 resekce je metodou volby u pacientů s primárními retroperitoneálními tumory. Primárně radikální chirurgický výkon dává pacientům nejlepší šanci k dlouhodobému přežití.

## 2. 3. Kolorektální karcinom z prstenčitých buněk

**MUDr. Z. Matkovčik**

*Chirurgické oddělení Nemocnice Strakonice, a.s., primář: MUDr. J. Hlad, Radomyšlská 336, Strakonice, 386 29  
e-mail, Matkovcikz@seznam.cz*

### Úvod

Kolorektální karcinom je civilizační onemocnění. Je jedním z nejčastějších nádorů v České republice. Jedná se o nejčastější onemocnění trávicího traktu. Incidence tohoto onemocnění dosáhla v r. 2008 94,2/100tis. u mužů a 61,8/100tis. u žen a v posledních desetiletích má stoupající tendenci. Etiopatogeneze je multifaktoriální. Převážně se histologicky diagnostikují adenokarcinomy, nejčastější je typ tubulární (90%) a silně hlenotvorný (10%). Vzácnou variantou je karcinom z prstenčitých buněk, který zaujímá 1% všech kolorektálních adenokarcinomů. V tračníku se vyskytuje po přímém nebo metastatickém šíření z jiného orgánu, nejčastěji žaludku. Velmi vyjimečně je toto onemocnění diagnostikováno u mladých nemocných. V léčbě je metodou první volby resekce postižené části tračníku. Následně je indikováno podstupení adjuvantní terapie.

### Kazuistika

25.10.2013 se na naše oddělení dostavila 22 letá nemocná pro bolesti hypogastria trvající 14 dní, poslední den popisuje zhoršení bolestivosti, nauzeu a zvracení. Dle anamnestických údajů byla pacientka doposud bez obtíží, v minulosti nebyla operována. Laboratorně byly zaznamenány zvýšené zánětlivé parametry. Dle computerové tomografie a kolonoskopického vyšetření vyslovena suspekce na morbus Crohn. Nemocná přeložena na interní oddělení a po ústupu obtíží dimitována do domácího ošetřování na vlastní žádost pacientky. Tři dny po dimisi z interního oddělení se nemocná vrací zpět na chirurgické oddělení pro zhoršení obtíží, diagnostikován ileózní stav. Výsledky histologického vyšetření odebraných vzorků při kolonoskopickém vyšetření imunohistochemicky prokázaly adenokarcinom z prstenčitých buněk. Indikován akutní operační výkon. Provedena resekce sigmatu dle Hartmanna a terminální descendentostomie. Dle histologického vyšetření resekátu byly zastiženy struktury adenokarcinomu v aborální i orální resekční ploše. V perikolickém tukovém vazivu bylo nalezeno 30 lymfatických uzlin, ve 29 lymfatických uzlinách byly patrné struktury výše popsaného karcinomu. Po konzultaci s onkologem indikován další resekční výkon s obnovením střevní kontinuity. Při histologickém vyšetření druhého resekátu nebyly nádorové struktury resekčních okrajů přítomné. V zastižených lymfatických uzlinách nebyly popsány struktury karcinomu. Nemocná dimitovaná do domácího ošetřování a péče onkologa. Pacientka nepodstoupila adjuvantní terapii z důvodu vyznávání alternativního způsobu života rodiny. S odstupem 2 měsíců byla nemocná odeslána k hospitalizaci na chirurgické oddělení dle doporučení onkologa pro stupňující se bolesti v epigastriu trvající cca 14 dní. Provedeno vyšetření computerovou tomografií a následně explorativní laparotomie. Makroskopicky patrná generalizace nádorového procesu. V oblasti malé pánve patrné tenké kličky a cékum fixované metastatickým infiltrátem. Nález chirurgicky neřešitelný. V pooperačním průběhu přetrvává ileózní stav. Prognóza pacientky infaustní. 3.3.2014 pacientku na vlastní žádost dimitujeme do domácího ošetřování. V dubnu 2014 exitus letalis ve spádovém hospicu.

### Diskuse

Hospitalizovaným nemocným v mladém věku je raritně diagnostikováno nádorové onemocnění tračníku. Při příjmu mladých žen k hospitalizaci pro bolesti hypogastria a poruchy pasáže je v diferenciální diagnostice pomýšleno více na gynekologickou příčinu obtíží a chronické nespecifické střevní záněty (morbus Crohn, ulcerózní kolitida). Je důležité vedle klinického vyšetření a zobrazovacích metod histologicky verifikovat patologický proces. Při potvrzení nádorové diagnózy je indikován resekční výkon s resekci spádových lymfatických uzlin mezenteria, následován dispenzarizací v onkologické ambulanci k adjuvantní terapii.

### Závěr

Cílem sdělení je poukázat na raritní výskyt nádorového onemocnění tračníku v druhém deceniu života. Popisován je případ mladé ženy s diagnostikovaným kolorektálním karcinomem z prstenčitých buněk. Nemocná byla indikována k resekčnímu výkonu a nepodstoupila adjuvantní terapii z důvodu vyznávání alternativního způsobu života rodiny. Předkládáme kazuistiku nádorového onemocnění tračníku s následným infaustním průběhem.

## 2. 4. Méně obvyklý CT obraz tuberkulózy

**Eliška Doubková, eliska.doubkova@gmail.com**

*Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice*

Cílem práce je prezentovat diferenciálně diagnostický pohled na pacienta s generalizovanou lymfadenopatií, fluidotoraxem, ascitem, perikardiálním výpotkem, a to především z hlediska možného příspěví zobrazovacích metod.

Jedná se o pacienta středního věku (56 let) s nespecifickými klinickými obtížemi (úbytek hmotnosti, zvýšená únavnost, kašel, febrilie), nereagujícími na empirickou ATB terapii. Při provedeném CT vyšetření byly zobrazeny výrazně zmnožené, zvětšené lymfatické uzliny homogenní denzity (bez zřetelné centrální nekrózy) v mediastinu, axillách, v dutině břišní i inguinách, distribuce uzlin nebyla obvyklá. Byl také zobrazen rozsáhlý pleurální výpotek, zmnožená tekutina v perikardu, ascites. Tato tekutina byla nízké denzity.

Byla zvažována možnost generalizovaného maligního onemocnění, proti metastatickému postižení uzlin a maligní etiologii výpotků však svědčila absence primárního tumorózního ložiska. Rovněž bylo pomýšleno na hematologickou malignitu charakteru lymfomu či leukémie, kterou však s velkou pravděpodobností vylučoval histologický obraz exstirpované uzliny, navíc nebyla pozorována hepato- ani splenomegalie. Dále byla zvažována možnost sarkoidózy, nebylo však patrné postižení plicního parenchymu, distribuce postižených lymfatických uzlin nebyla typická, ani nebylo přítomno postižení dalších orgánových systémů typické pro sarkoidózu. Opakovaně byly prováděny kultivace sputa, sekretu z drenu po exstirpaci uzliny, PCR vyšetření s cílem záchytu *Mycobacteria tuberculosis*, nejprve s negativním výsledkem, posléze se záchytem *Mycobacterií*. Byla nasazena antituberkulózní terapie, došlo k regresi klinických obtíží a částečnému ústupu výpotků a lymfadenopatie, jak prokázalo kontrolní CT vyšetření provedené cca 40 dnů po zahájení léčby. Postupně byla *Mycobacteria* vykultivována z moči, sputa i sekretu z axilly.

Ačkoli v daném případě nebylo možno stanovit definitivní diagnózu pouze na základě výsledků zobrazovacích metod, sehrálo především CT vyšetření významnou roli jak v diferenciální diagnostice, tak v monitoraci průběhu léčby.

## 2. 5. Bizarní pacient v melanomovém týmu

**MUDr. Marie Kočová, onkologické odd. Nemocnice České Budějovice a.s.**

*e-mail: kocovam@post.cz*

### Úvod

Případ pacienta primárně vyšetřovaného pro hypertenzi. Vstupně anémie 39g/l. Pacient nemá žádné subjektivní potíže. Odhaleno 12 různých kožních tumorů (největší 14cm), podezření na xeroderma pigmentosum, chronická autoimunitní tyreoiditida. Po verifikaci největšího tumoru prokázán maligní melanom či metastáza maligního melanomu – ani po opakovaných revizích patologem nelze jednoznačně uzavřít. Z lymfatických uzlin axily a třísla předběžně odečten folikulární lymfom – druhým čtením vyvráceno, pouze folikulární hyperplazie. Plánována strategie a taktika léčby – multidisciplinární přístup.

### Abstrakt

V kazuistice dokumentujeme unikátní komplikovaný případ z melanomového onkotýmu.

51letý pacient F.P. je opravdu bizarního vzhledu, má mnohočetné kožní tumory (klinicky a episkopicky basaliom s pigmentem, melanom, lentigo maligna, lentigo maligna melanom). Subjektivně neudává vůbec žádné potíže. Klinický obraz nevylučuje diagnózu xeroderma pigmentosum.

Pozoruhodností je již to, že pacient nepřišel k lékaři primárně kvůli objemnému tumoru na hrudníku, ale kvůli vstupní prohlídce pro zaměstnavatele. Praktický lékař si nádoru v pectorální krajině nevšiml, nicméně kvůli nově zachycené hypertenzi odeslal pacienta k dovyšetření na spádové interní oddělení, odkud byl pacient delegován na kožní oddělení Nemocnice Č. Budějovice a následně do melanomového onkotýmu.

V oblasti hlavy, trupu a horních končetin bylo popsáno celkem 12 kožních nádorů. Největší exulcerované tumorózní ložisko pectorálně vpravo o průměru 14 cm bylo opakovaně verifikováno jako metastáza maligního melanomu spíše než maligní melanom, toto bylo potvrzeno druhým čtením a opakovaně patologem revidováno (prof. Kazakov, Biopstická laboratoř Plzeň). Nádor roste dle slov pacienta 6 let.

Pacient byl zevrubně interně vyšetřen, již pouze vstupní hodnota hemoglobinu 39 g/l byla alarmující, transfuze proběhly bez komplikací.

V imunologických odběrech byly zachyceny četné patologie (pozitivní S+ANA screening, lehké snížení komplementu, vyšší CIK, pozitivní anti histony, pozitivní anti Cenp-B). Kvůli elevaci protilátek proti štítné žláze jsme doplnili endokrinologické vyšetření. Byla diagnostikována subklinická hypothyreosa na podkladě chronické autoimunitní tyreoiditidy. Revmatologické vyšetření vytvořilo podezření, že sdružená autoimunita s tyreoiditidou je pravděpodobná. Pro podezření na diagnózu xeroderma pigmentosum bylo indikováno genetické vyšetření, odběr na vyšetření získaných chromozomálních aberací a dále byly provedeny probatorní kožní excize k vyloučení či potvrzení xeroderma pigmentosum. Histologický nálezní podpořil diagnózu xeroderma pigmentosum. Pacientovi bylo dále navrženo provedení genetického vyšetření hereditárního melanomu.

Kvůli mnohočetnému uzlinovému postižení popsanému na vstupním CT vyšetření jsme doporučili verifikovat uzlinu z pravé axily a z pravého třísla k vyloučení duplicitní malignity – lymfomu, metastázy jiného solidního tumoru či uzlinového postižení autoimunitní chorobou. Překvapivě vyšel z uzliny pravé axily a pravého třísla histologicky suspektní folikulární lymfom. Začali jsme předběžně plánovat strategii léčby synchronní onkologické duplicity (melanom – folikulární lymfom) a histologické preparáty z uzlin odeslali na druhé čtení (MUDr. Campr, FN Motol) – toto však diagnózu maligního lymfomu vyloučilo, jedná se o folikulární hyperplazii. Vícečetné zvětšení uzlin ve vícero lokalizacích může patřit k systémovému onemocnění autoimunitnímu či může jít eventuálně i o reaktivní uzliny při nekrotickém tumoru.

### Závěr

Nelze se ani po revizi druhého čtení jednoznačně vyjádřit k tomu, zda tumor je primární maligní melanom či metastáza maligního melanomu a tedy generalizované onemocnění. V každém případě se průběh nemoci a doba přežití zásadně vymyká našim klinickým zkušenostem

i statistickým údajům. Pacient nemá potíže a přežívá s dobrou kvalitou života, nehubne, nechátrá, nemá bolesti.

Statistiky poukazují na přežití u generalizovaného maligního melanomu 6–9 měsíců, melanom je nádor většinou agresivní a rychle rostoucí – takovéto velikosti (průměr 14cm) většinou dorůstá za podstatně kratší dobu než 6 let a při tomto rozsahu tumoru již bychom očekávali vzdálenou nebo alespoň lokální generalizaci.

Během našeho dovyšetřování tumor na hrudníku i další tumor na L rameni objektivně klinicky lokálně progreduje, byť pacientovi nečiní potíže. Při poslední návštěvě v týmu jsme indikovali radikální odstranění všech 12 popsanych tumorů.

Pokud tumor v pravé pektorální krajině budeme považovat za primární maligní melanom, pak by měla být indikována radikální operace a adjuvantní imunoterapie IFN alfa. Pokud uzavřeme jako metastázu maligního melanomu, pak bychom doporučili paliativní chemoterapii, chemoinmunoterapii či cílenou léčbu vemurafenibem, pokud by se prokázala mutace BRAF.

#### Diskuze

Rádi bychom poukázali na několik zásadních skutečností:

Pacient nepřišel primárně s obrovským tumorem, přišel pouze na preventivní prohlídku!!

Při preventivní prohlídce objemný kožní tumor nebyl odhalen!!!

Na interním oddělení ve spádu chyběl komplexní pohled na pacienta, veškerý pohled byl upínán pouze směrem k největšímu kožnímu tumoru. Případ demonstruje velkou variabilitu chování maligního melanomu, v literatuře je popisována schopnost maligního melanomu imitovat histologicky prakticky jakýkoli nádorový histotyp včetně sarkomů, karcinomů, lymfomů.

Klinický průběh a růst nádoru 6 let nekoreluje s histopatologickou diagnózou ať již metastázy či primárního maligního melanomu. Považujeme tento případ za raritní.

Případ poukazuje na vytvoření adaptace onkologického pacienta na nízké hladiny hemoglobinu zcela bez vyjádření anemického syndromu. Ani rozsáhlé nádorové onemocnění nemusí být spojené s bolestí.

Histologické druhé čtení často zcela změni postup léčby.

Vhodné by bylo zasílání všech vzorků od jednoho pacienta ke druhému čtení na jedno, nikoli na různá pracoviště

Strategie a taktika léčby u synchronních malignit je často komplikovaná, je nutný multidisciplinární přístup.

### 3. 1. Pronikající poranění oka s přítomností cizího tělesa

MUDr. Honner David, prim. MUDr. Sattran Jan

Nemocnice Č. Budějovice, a. s., oční oddělení, B. Němcové 54, Č. Budějovice, 37001,

dr.honner@gmail.com

#### Úvod

Birmingham Eye Trauma Terminology System (BETTS) dělí úrazy oka na poranění uzavřená – kontuze, lamelární lacerace, a otevřená – penetrující poranění bez přítomnosti cizího tělesa, penetrující poranění s přítomností cizího tělesa, perforující poranění a ruptura bulbu. Úvod prezentace je věnován retrospektivní studii nitroočních poranění ošetřených na očním oddělení Nemocnice Č. Budějovice, a. s. za rok 2013. Kazuistika zpracovává případ 42letého muže s penetrujícím poraněním oka s přítomností cizího tělesa ve sklivcovém prostoru. Obsahuje videozáznam z primárního operačního řešení traumatické katarakty a extrakce cizího tělesa cestou pars plana vitrektomie a následných 2 reoperací vedoucích k úspěšné restituci zrakové ostrosti.

#### Vlastní kazuistika

V roce 2013 bylo na očním oddělení Nemocnice Č. Budějovice, a. s. ošetřeno 142 případů nitroočního poranění. 78,2% (111) případů představovala uzavřená poranění oka, 21,8% (31) představovala poranění otevřená, z toho 29% (9) s přítomností cizího tělesa. 62% pacientů bylo ošetřeno ambulantně, 38% případů si vyžádalo hospitalizaci. V 79,6% byli postižení muži, 30,3% všech pacientů byly děti. V mechanismu úrazu převládají řemeslné činnosti a hobby, u dětí převažují úrazy během hry a při sportu. Výstupní zraková ostrost hospitalizovaných pacientů s uzavřeným poraněním oka byla v 82,6% případů 6/12 a lepší. Z otevřených poranění oka měla lepší prognózu poranění s přítomností cizího tělesa (66,7% případů 6/12 a lépe) oproti 35,7% případů poranění bez přítomnosti cizího tělesa. Nejhorší prognózu měla ruptura bulbu – roztržení stěny oka působením tupé síly (1 z 8 případů s výstupní zrakovou ostrostí 6/12 a lépe).

Kazuistika prezentuje případ 42letého muže s otevřeným poraněním oka, traumatickým kolobomem duhovky, traumatickou kataraktou a hemoftalmem. Pokles vstupní zrakové ostrosti na úroveň vnímání pohybu před okem s přesnou světelnou projekcí. CT vyšetření prokazuje přítomnost cizího tělesa ve sklivcovém prostoru. Operační řešení v první době představovalo suturu vstupní rohokové rány, fakoemulzifikaci traumaticky zkalené čočky a extrakci cizího tělesa cestou pars plana vitrektomie za použití endomagnetu. Oko bylo ponecháno afakické (bez implantace umělé nitrooční čočky). 1. reoperace řeší nastalou komplikaci uskřínutí duhovkové tkáně do vstupní rány v kombinaci s rekonstrukcí zornice iridosuturou. V odstupu 5 měsíců byla pak indikována sekundární implantace předněkomorové umělé čočky vedoucí k definitivní úpravě zrakové ostrosti na úroveň nekorigované zrakové ostrosti 6/9p. (nejlépe korigované zrakové ostrosti pak 6/6p. s-0,75Dcyl ax 70°).

#### Závěr

Oční úrazy zaujímají významný podíl pacientů ošetřených v rámci fungování pohotovostní služby. Studie zahrnuje diagnózy představující vážná mechanická poranění oka. Nejsou zde zahrnuta lehká poranění typu povrchové eroze rohovky, přítomnosti cizího tělesa na spojivce či rohovce. Nezahrnuje ani diagnózy popálení nebo poleptání spojivkového vaku a rohovky. V **porovnání** se zahraničními studii jsme zachytili vyšší procentuální zastoupení uzavřených poranění oka.<sup>[1,2]</sup> Zastoupení mužů v zahraničních studiích s našimi výsledky koreluje<sup>[1,2]</sup>, stejně tak procentuální zastoupení dětí.<sup>[3]</sup> Obecně lze konstatovat, že úroveň vstupní zrakové ostrosti je prognostickým ukazatelem výsledné restituce zrakových funkcí. Prezentovaná kazuistika však dokazuje, že vhodným individuálním plánováním jednotlivých **úkonů** je možné dosáhnout u zdánlivě beznadějných případů nečekaných výsledků.

## 3. 2. Zevní píštěl orofaciální oblasti

**MUDr. Blanka Tichavová**

Stomatologické odd., Nemocnice Č. Budějovice, a.s., B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice

e-mail: BTichavova@seznam.cz

### Úvod

Zevní píštěl bývá projevem chronicky probíhajícího zánětu nejružnější etiologie, kdy dochází k propojení vyvolávající příčiny s tělesným povrchem tzv. píštělovým kanálem. Zevní vyústění vytváří kožní afekci různého vzhledu: někdy vtaženou, jindy vyklenující se, často krytou krustou či se zvředovatělým okolím. Píštěl je typická svou stálou nebo občasnou sekrecí různého charakteru, aktivita závisí na interakci mezi virulencí vyvolávajících mikroorganismů a aktuálním stavem obranyschopnosti organismu.

Orofaciální zevní píštěl se může nacházet kdekoliv na kůži obličeje nebo krku. Navíc vlastní vyústění píštělového kanálu může být od svého zdroje dosti vzdálené, proto má lokalizace píštěle jako takové pouze orientační výpovědní hodnotu. Pokud toto není při vyšetření respektováno, může být lékař přiveden na diagnostické zcestí. Jinými slovy – pouze na základě místa vyústění píštěle nelze bez dalšího vyšetření jednoznačně určit vyvolávající příčinu. Při nejasnostech lze klinické vyšetření doplnit o sondáž píštělového kanálu či o jeho zobrazení s využitím rentgen-contrastní látky v kombinaci s vhodnou RTG projekcí.

Pacientovi, krom kosmetického defektu, působí extraorální píštěl obtíže spíše délkou trvání a již zmiňovanou sekrecí, celkový zdravotní stav (v závislosti na příčině) nebývá obvykle postižen. V diferenciální diagnostice je nutné zvážit celou řadu možných příčin různé závažnosti: nejčastější příčinou bývá příčina odontogenní, tedy infekce zubního původu, v úvahu dále připadají vrozené vývojové vady, úrazy či pooperační stavy, kožní a infekční onemocnění, osteomyelitidy či nádorová onemocnění. Léčba spočívá v odstranění vyvolávající příčiny, často (opět v závislosti na příčině) bez nutnosti celkové ATB léčby. V klinické praxi bývá zevní píštěl orofaciální krajiny obvykle zaměňována za furunkl, atherom nebo kožní cystu.

### Vlastní kazuistika

Výše zmiňovanou problematiku dokladuje kazuistika 36ti leté, jinak celkově zdravé, pacientky, která byla na naše oddělení odeslána k vyloučení orální fokální infekce z důvodu nehojící se kožní afekce v oblasti nasolabiální rýhy vlevo.

V průběhu předchozích 2 let pacientka podstoupila celkem 3 excise kožní afekce na jiném ambulantním chirurgickém pracovišti, s odstupem se však vždy objevila recidiva v jizvě. Na základě histologického vyšetření byla stanovena diagnóza benigní trichofolikulom. Opětná recidiva vedla k excise č.4, výkon provedlo jedno z dalších pracovišť s chirurgickým zaměřením. Histologie v tomto případě prokázala, krom nespecifické granulační tkáně a jizvení, přítomnost aktinomycetické drůzy. Struktury trichofolikulomu tentokrát zastiženy nebyly.

Pacientka se následně dostala do péče kožního specialisty. Léčba spočívala v aplikaci lokálních prostředků a dlouhodobém užívání ATB. Mikrobiologické vyšetření prokázalo přítomnost *S. aureus* v kožním defektu. ORL konzilium ani další pomocná vyšetření (laboratorní vyšetření krve, RTG srdce a plic, MR, UZ povrchových uzlin, břicha a pánve) nepřinesly žádný výsledek, který by obtíže pacientky objasnil.

V rámci postupu při vylučování zdroje fokální infekce byla pacientka odeslána i na Stomatologické oddělení českobudějovické nemocnice. Na podkladě klinického a RTG vyšetření jsme konstatovali nevyhovující stav chrupu. V periapikální oblasti všech zubů laterálního úseku horní čelisti vlevo se nacházel chronický zánětlivý proces, který mohl být příčinou zevní píštěle a tedy i kožní afekce v nasolabiální rýze vlevo. Jako řešení bylo pacientce doporučeno ošetření kořenového systému zubů 22, 23, a 24 (endodontické ošetření), jehož úvodní fáze jsme provedli na našem oddělení. Již během krátkého časového úseku po provizorním ošetření zubů došlo k lokálnímu zlepšení a následně i k postupnému hojení kožní afekce. Po uplynutí 6 měsíců od ošetření byla původní léze zhojena klidnou jizvou. Pacientka zůstává subjektivně bez obtíží, k další recidivě afekce od ošetření nedošlo.

### Závěr

Odontogenní příčina je přes svoji relativní četnost v souvislosti se zmiňovanou kožní afekcí v odborných kruzích i v literatuře málo diskutována. Nedostatečné povědomí o této problematice může v praxi působit diagnostické rozpaky a vést k volbě nevhodného postupu léčby, který ve svém důsledku směřuje k oddálení stanovení správné diagnózy a vyléčení pacienta. Krom medicínského pochybení má tato problematika i rozměr ekonomický (provedená zobrazovací a laboratorní vyšetření, operační výkony, podání ATB, pracovní neschopnost atd.).

I když se nakonec podařilo v prezentované kazuistice objasnit a následně odstranit příčinu kožní afekce a pacientka zůstává od té doby bez obtíží, téměř dva roky trvající předchozí nevhodná léčba zanechala (pomineme-li zbytečnou celkovou zátěž pacientky) i jeden viditelný následek: sice zcela klidnou, přesto však esteticky rušivou jizvu po provedených chirurgických zákrocích.

## 3. 3. Život ohrožující krvácení v porodním období

**Malík V. <sup>1</sup>, Sák. P.<sup>1</sup>, Velemínský M. <sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., Primář MUDr. P. Sák, PhD.

v.malik@seznam.cz

### Úvod

Prezentace kazuistiky porodního krvácení u rodičky po třetím císařském řezu a jeho management

### Vlastní kazuistika

Autoři prezentují případ rodičky po třetím císařském řezu, kdy peroperačně byla řešena placenta adherens v blízkosti hysterotomie. V bezprostředním pooperačním období došlo k silnému krvácení. Následná opatření, spočívající v chirurgické intervenci, zavedení Bakriho katetru a substituce krevními deriváty, vedla k úspěšnému vyřešení situace a zachování dělohy.

### Závěr

Peripartální krvácení je závažná komplikace jak spontánního, tak operačního porodu. Základem managementu je včasná diagnostika příčiny

krvácení a adekvátní opatření směřující zástavě krvácení a stabilizaci vnitřního prostředí. Snahou moderního porodnictví je nejen záchrana života ženy a jejího dítěte, ale i jejich reprodukčních funkcí.

### 3. 4. Akutní a chronický epidurální hematom

**MUDr. David Měšťan**

*Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.  
d.mestan@centrum.cz*

#### Úvod

Presentace dvou kazuistik pacientů s epidurální hematomem. U prvního pacienta typický průběh akutního epidurálního hematomu s chirurgickým řešením a výsledným příznivým stavem. U druhého pacienta incidentální nález chronické epidurální patologie.

#### Vlastní kazuistika

V rámci přednášky bude nejprve nastíněn anatomický a fyziologický mechanismus vzniku traumatického epidurálního hematomu a klinický průběh tohoto závažného život ohrožujícího stavu. Dále budou presentovány dvě kazuistiky pacientů s traumatickým epidurálním hematomem. První 26 letý pacient s typickým průběhem- pád v ebrietě, nalezen kolemjdoucím, probuditelný na algický podnět, hemoragie z vlasaté části hlavy. Transport na spádovou chirurgii, kde na zhotoveném CT fissura kalvy a velký akutní epidurální hematom temporálně vpravo. Pro progresi poruchy vědomí intubován a na základě telefonické konzultace s NCH promptně transportován do Českých Budějovic. Urgentně provedena neurochirurgická intervence, pooperačně pacient bez komplikací. Čtvrtý pooperační den překládán zpět do spádu, kde podepisuje negativní reverz a je dimitován. V odstupu dalších čtyř dnů je opět telefonicky kontaktováno NCHO s kontrolním CT mozku cestou spádové chirurgické ambulance. Nadále trvá příznivý pooperační stav, jak klinicky, tak i v grafickém nálezu. Tato kontrola byla provedena pro potřeby Policie ČR, neboť pacient byl zadržen, ještě s obvazy, vykrádající rekreační chatový objekt.

Druhým pacientem je 19 letý mladík. Anamnesticky v osmi měsících věku pád na hlavu. Dle rodiny proběhla operační intervence –pravděpodobně evakuace hematomu z návrtu. Bližší údaje ani zdravotnická dokumentace není k dispozici. Od úrazu patrna lehká pravostranná spastická hemiparesa, při vstupním neurologickém vyšetření rovněž pacient hodnocen jako mírně bradypsychický. Z pohledu pacienta a rodiny však stav bez jakýchkoliv abnormalit. Nyní pro anginu a zánět horních cest dýchacích proveden rtg vedlejších nosních dutin, kde náhodný nález kalcifikace intrakraniálně. Doplněno CT a následně MR mozku s nálezem rozsáhlé epidurální kolekce s kalcifikovanou stěnou, atrofí levé hemisféry a přesunem středočarových struktur 10mm doprava. Provedena elektivní evakuace tekutinové kolekce z návrtu. Na kontrolním CT grafický nález bez podstatnějších změn, klinicky však pacient udává zmírnění intermitentní cefaley a zlepšení pravostranné hybnosti.

#### Závěr

Epidurální hematom je život ohrožujícím stavem vyžadujícím akutní neurochirurgickou intervenci. Absolutním kritériem však není pouze množství vlastní patologie, ale rovněž dynamika vývoje a plasticita mladé mozkové tkáně (či naopak atrofie u starších pacientů) má zásadní vliv na výsledný klinický stav a prognosu pacienta.

### 3. 5. Komplikace angiografických intervencí

**MUDr. Nevšímal Milan, MUDr. Jiří Fiedler PhD.**

*Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.  
Email: mnevsimal@seznam.cz*

#### Úvod

Mezi hlavní komplikace angiografie patří infekce, krvácení v okolí incize, alergická reakce (anafylaxe), poškození funkce ledvin, iktus a infarkt myokardu. Náš soubor obsahuje 3 pacienty, na kterých bych rád prezentoval některé z těchto komplikací.

#### Kazuistika

61 letá žena se symptomatickou stenózou karotidy indikována ke stentu. Po výkonu zvětšující se hematoma v třísle. Pro respirační a oběhové selhávání předána pacientka na ARO, kde komplikována FIS a předána na KAR JIP. Po 16 dnech hospitalizace dimise.

62 letý muž s asymptomatickou stenózou ACI bilat, steal sy l.dx. Po výkonu nehmatná pulsace na periférii. Na kontrolním AG preokluze AIE a aneurysmatické rozšíření AIC, zaveden stent. Poté stav komplikován kardiálním selháváním a retroperitoneálním hematomem. Provedeno CTAG, kde arteriální leak nutnost akutní chirurgické intervence.

62 letý muž se stenózou ACI bilat. Proveden stent symptomatické ACI l.sin. Po výkonu komplikováno hematomem v třísle a pseudoaneurysmatem, které kompresí třísle a pravidelnou UZ kontrolou ztrombotizovalo.

#### Závěr

V této kazuistice bych chtěl poukázat na možný výskyt poměrně závažných komplikací, které mohou nastat při endovaskulárním výkonu, a jejich následnou léčbu.

### 4. 1. Vzácná komplikace fraktury bérce

**Autor: MUDr. Reiter Josef – sekundární lékař**

Pracoviště: Ortopedicko – traumatologické odd. Nemocnice Písek a.s.  
Kontakt: Josef.reiter@seznam.cz , 724 166 624

### Úvod

Plicní komplikace po zlomenině bérce u mladého pacienta..

#### Vlastní kazuistika

Zdravý 28letý pacient utrpěl 8.11.2013 tříštivou frakturu diafýzy levého bérce. Úrazový mechanismus byl direktívní náraz po pádu z kola. Pro výrazný edém a riziko kompartment syndromu naložena Kirschnerova extenze a rozhodnuto vyčkat s definitivním řešením po opadnutí otoku. První den po úrazu nauzea, cyanoza rtů, prekolapsový stav, febrilie 38 st., hypotenze TK 90/60, puls pravidelný 90/min. Postupně výsev petechií krku a hrudníku ventrálně, dále v axilách a na bocích, saturace na 2l O<sub>2</sub> min 85–90%, P 110/min. Bez kyslíku klesá saturace až na 70%. Po rtg S+P cárovitá zastřešení, obraz „sněhové bouře,“. Provedena CT angiografie plic popsaná následně jako rozsáhlý plicní infarkt bez průkazných embolů v plicním řečišti.

Duplexní sonografii žil LDK autor práce dokumentuje na videu. Stav se postupně zhoršuje a dušnost se prohlubuje. Příznaky CNS nejsou manifestní.

4. den od úrazu provedena z vitální indikace stabilizace zevním fixátorem. Již první den po stabilizaci se stav pacienta lepší.

Během dalšího týdne postupný ústup petechií, zlepšení respirační insuficience. 5 týdnů od úrazu extrakce zevního fixátoru a osteosyntéza předvrtaným UTN. Po 4,5 měsících od úrazu na rtg prohojeno, subjektivně bez potíží, plný nášlap.

#### Podnět k diskusi

Otázkou k diskusi je, zda by dřívější stabilizace zlomeniny bérce mohla zabránit rozvoji plicních komplikací.

## 4. 2. Bandáž plicnice u těžce nedonošeného novorozence

Alena Kárová

Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.  
alena.karova@centrum.cz

### Úvod

V České republice se ročně narodí 5,32 promile novorozenců s vrozenou srdeční vadou. Defekt komorového septa je nejčastější vadou, vyskytuje se v 41,6% případů. Je-li defekt komorového septa hemodynamicky významný, dochází k operaci nejčastěji mezi 2. až 4. měsíce života dítěte. Není-li uzávěr defektu možný, např. pro nízkou hmotnost dítěte, či vícečetný defekt, provádí se paliativní operace – bandáž plicnice, k ochraně plicního řečiště před zvýšeným průtokem a rozvojem plicní cévní choroby, než bude možné definitivní řešení.

#### Kazuistika

Extrémně nezralý novorozenec s vrozenou srdeční vadou (VSV), 27. gestační týden, porodní hmotnost 730g. Vada byla diagnostikována ihned po porodu v rámci pravidelného ECHO vyšetření, které provádíme u všech nezralých novorozenců po přijetí na oddělení. Přechodně oběhová a ventilační nestabilita spojená s extrémní nezralostí a srdeční vadou. Po stabilizaci stavu snaha o konzervativní postup u VSV pro velmi obtížnou možnost operačního řešení. Postupně ale dochází ke zhoršování ventilačních parametrů při objemovém přetížení plicního oběhu a zvětšování levostranných oddílů, proto rozhodnuto o paliativní operaci – bandáži plicnice, ke snížení plicního průtoku.

Operace úspěšně provedena v Dětském kardiocentru FN Motol 25. den života. Po pooperační stabilizaci 34. den života překlád zpět na naše pracoviště.

Dále již nekomplikovaný průběh, možná extubace a distenzní terapie. Ventilační podpora ukončena 51. den života. Holčička propuštěna 86. den života prospívající, v dobrém celkovém stavu, plně kojená s váhou 2060g.

Po bandáži plicnice dochází k postupnému spontánnímu uzávěru komorového defektu. Dlouhodobě ale obtíže s prospíváním při v.s. vysokém tlaku na bandáži. V korigovaném půl roce věku váha 5000g – hluboko pod -3 SD a délka 61,5cm na -3 SD pro daný věk. Po spontánní úpravě tlaku na bandáži zlepšeno prospívání. Neurologický vývoj holčičky odpovídající. V plánu je debandáž plicnice po uzávěru komorového defektu.

#### Závěr

Komorový defekt u extrémně nezralého novorozence může být kritickou srdeční vadou, která je pro velikost dítěte velmi obtížně řešitelná v porovnání s donošenými novorozenci. I paliativní operace, jako je bandáž plicnice, která nemusí být prováděna v mimotělním oběhu, je velmi rizikovým výkonem, jehož výsledek je nejistý.

## 4. 3. Fulminantní stafylokoková endokarditida

M. ŠULDA, B. KUTA ml.

Kardiocentrum – Kardiochirurgie RES, Nem. Č. Budějovice a.s., B. Němcové 54, České Budějovice  
b.kuta@seznam.cz

### Úvod

Představujeme 2 kazuistiky pacientů s fulminantně probíhající infekční endokarditidou, původce Staphylococcus aureus. Přednáška obsahuje video sekvence z transezofageálních UZ srdce, které přesně ukazují průběh onemocnění, pre-, peri-, a pooperační vývoj.



**Vlastní kazuistiky***První pacient*

56letý pacient diabetik II. typu na PAD, hypertonik s dyslipidemií., HLP

2010 operován pro kombinovanou aortální vadu – bikuspidální aortální chlopeč s regurgitací III. st., dilatací asc. aorty, SKG –nemoc 2 tepen. 25/1/2010 – náhrada aortální chlopečně a ascendentní aorty mechanickým konduitem. 3/2/2010 – primoimplantace PM pro pooperační AVB III. st.

V následujících letech sternum nestabilní, prasklé kličky, paklob v místě sternotomie, proto byl indikován k reoperaci. 5/2013 – reosteosyntéza sternu – cerkláž a 3× dlaha Synthes, krytí ATB. Pro krvácení za 3 hod byla nutná revize. Propuštěn afebrilní, rána klidná. Z 5 dní rehospitalizace pro septický stav s purulentní retencí v ráně. V CA debridement sternotomické rány s odstraněním dlah, diagnostikována TEE → IE s vegetacemi na 3 chlopečích( Tr, Mi, Ao protéza s abscesem) – inoperabilní → konzervativní postup, ATB. Následně od 30/5/2013 – leuko < 10, od 2/7/2013 CRP < 10, od 6/2013 – UZ stacionární – Mitrální regurgitace III. st., dehiscence prox. anastomozy Ao prot.

17/7/2013 byla provedena paliativní operace – náhrada mitrální chlopečně bioprotézou po selhávající plastice chlopečně bez cizího materiálu, kompletní odstranění pravokomorového stimulačního systému a zavedení trvalých epikardiálních elektrod, odstranění vegetace z trikuspidální chlopečně, ponechána protéza aortální chlopečně a ascendentní aorty. Pooperačně rozvoj MODS, SIRS, těžká myopatie, četné bronchopneumonie, IMC Prstenec mitrální bioprotézy se postupně odtrhává od nativní tkáně → III.–IV.st

I přes nepříznivý kardiální nálezn pokračuje pomalé zotavování, odvykání od UPV, mobilizace, zahájena RHB chůze. 2/1/2014 překlad na spádové ARO, chůze, dekanylována TSK. 22/3/2014 exitus letalis pod obrazem kandidová seps.

*Druhý pacient*

28letý muž, který se dosud s ničím neléčil

21/1/2014 prochlazení → od 22/1 zimnice, třesavky, slabost

26/1/2014 byl hospitalizován v okresní nemocnici,

29/1/2014 diagnostikována IE na bikuspidální aortální chlopeči a zánětlivá indurace stěn aortálního kořene s masivní regurgitací, HK – MSSA

29/1/2014 v plicním edému s těžkou sepsí na UPV překládán na KCHO

Léčba – oxacilin, gentamicin, rifampicin dodatečně

Pro těžký stav při srdečním selhání na UPV a těžké sepsí – nejprve snaha o oběhovou stabilizaci, omezení septického stavu a potlačení lokálního zánětu kořene aorty → přechodně úspěch

4/2/2014 urgentně operován pro zhoršení hemodynamického stavu

5/2/2014 exitus letalis pod obrazem multiorganového selhání při časném SIRS

**Podněty k diskusi, závěr**

Obě kazuistiky demonstrují fulminantnost stafylokokové endokarditidy. Již při prvním podezření na možnou infekční endokarditidu s původcem *St. aureus* je nutné co nejdříve provést UZ srdce a eventuálně zahájit intenzivní léčbu jakéhokoliv klinického stavu, který by k tomuto onemocnění mohl vést.

## 4. 4. Intusucepse jako komplikace Adenovirové enteritidy u šesti měsíčního chlapce

**Autor: MUDr. Kinkorová Petra**

*Pracoviště: Dětské oddělení Nemocnice Strakonice a.s., Radomyšlská 336, 386 29, Strakonice*

*kinkorova.p@seznam.cz*

**Úvod**

Kazuistika popisuje případ 6.měsíčního chlapce hospitalizovaného na DEO Strakonice 4/2014 pro Adenovirovou enteritidu komplikovanou intusucepci.

**Kazuistika**

Šestiměsíční chlapec byl odeslán k hospitalizaci pro četné zápachající průjmovitě stolice se současným zvracením v posledních hodinách před přijetím. Doma byl krměn stravou neadekvátní k věku, i ke klinickému stavu (polévky, omáčky, kaše, dlouhodobě čaj namísto mléka). Dle matky doma močil a pil normálně. Matka udávala, že dopoledne před přijetím upadl a udeřil se do břicha a pravděpodobně i do hlavy. Po úrazu ihned plakal, bezvědomí matka negovala. RTG lebky bylo bez traumatických změn. Laboratorně: CRP 28,4mg/l, Leu 12,6 × 10<sup>9</sup>/l. Stolic na Adenoviry pozitivní. Pro hraniční hydrataci a odmítání perorálních tekutin byl chlapec zavodněn infuzí krystaloidů. 2. den hospitalizace došlo ke zhoršení klinického stavu. Od noci opakovaně zvracel, byl febrilní, (TT s maximem 38,9°C), nápadně unavený až malátný, bledý. Pokračovaly četné průjmovitě stolice, 1× s příměsí krve. V ranních hodinách nalezla matka na pleně „malinové želé“.

Pro podezření na intusucepci kontaktováno vyšší pracoviště a domluven překlad, vzhledem k etiologii (Adenovirová enteritida) na infekční oddělení krajské nemocnice. Na doporučení chirurga bylo ještě doplněno sonografické vyšetření s nálezem distenze střevních kliček a nativní RTG břicha s patrnou zvýšenou plynou náplní střevních kliček v rozsahu epigastria až mesogastria s četnějšími hladinkami tekutého obsahu. Před transportem byla zavedena NG sonda. Během převozu se klinický stav zhoršil, prohloubila se letargie a apatie pacienta. Kontrolní sonografické vyšetření na vyšším pracovišti potvrdilo ileokolickou invaginaci. Pokus o retrogradní hydrostatickou desinvaginaci pod skia kontrolou byl neúspěšný. Přistoupilo se k operačnímu řešení. Střevo v invaginátu se jevílo vitální, byly ošetřeny drobné deserozace, provedena apendektomie a následná fixace mezi terminálním ileem a cékem k zamezení recidivy invaginace. Výkon se komplikoval suspektní aspirací žaludečního obsahu (dle RTG ve vrcholu P plíce menší vzdušnost).

Pro nutnost UPV byl pacient po výkonu přeložen na JIRP dětského oddělení. Extubován byl druhý pooperační den. Vzdušnost plíce se po

stupně obnovila. Chlapec se začal zvolna zatěžovat stravou. Následně hojení proběhlo bez komplikací. 8. den byly odstraněny stehy, 10. den byl propuštěn do domácí péče v dobrém stavu.

#### Závěr

Naprostá většina Adenovirových nákaz s GIT symptomatologií proběhne jako nekomplikovaná gastroenteritida, proto při jakémkoliv náznaku alterace celkového stavu musíme pomyslet na náhlou příhodu břicha a pomocí laboratorních a zobrazovacích metod nejčastěji UZ břicha, případně RTG nativu břicha co nejrychleji určit, o kterou z nich se jedná a dítě následně odeslat k chirurgickému řešení, diferenciálně diagnosticky přichází do úvahy kromě intususcepce hlavně inkarcerace hernie, volvulus tenkého střeva a ze zánětlivých náhlých příhod břišních hlavně apendicitida a peritonitida, všem těmto stavům nahrává hyperperistaltika střevní a střevní dysmikrobie. Fakt, že je tato komplikace vzácná a o to víc zákeřná dokazuje i statistika našeho oddělení okresního typu, kdy se s ní setkáme 1× za 5 let. Neberme tedy stesky našich malých pacientů a jejich rodičů na bolesti na lehkou váhu, ne vždy to musí být jen nevinná flatulence při virové gastroenteritidě.

## 4. 5. Neobvyklý zdroj krvácení do zažívacího traktu

**MUDr. Filip Shon**

*Gastroenterologické odd., Nemocnice České Budějovice, a.s.,  
filipshon@google.com*

#### Úvod

Krvácení do GIT má různou klinickou prezentaci, od makroskopicky zcela inaparentního, po masivní krvácení s oběhovou nestabilitou. Rozlišujeme několik základních klinických obrazů krvácení. Jsou to hemateméza, melena, zvracení kávové sedliny a enterorrhagie (hematochezie). Podle lokalizace rozlišujeme krvácení do horního a dolního trávicího traktu. Dělicí anatomickou strukturou je Treitzovo ligamentum. Krvácení do horního traktu představuje cca 75% všech případů hospitalizovaných pro krvácení. Nejčastější příčinou krvácení do horního GIT je peptický vřed, dále jsou to eroze sliznice, ezofagitida, Mallory-Weiss syndrom a jícnové varixy. U krvácení do dolního GIT jsou nejčastější příčinou angiodyplazie, divertikly, neoplazie, nespecifické střevní záněty. Přibližně 9% krvácení do dolního GIT má zdroj v tenkém střevě. 80–90% krvácení do dolního GIT ustává spontánně. Ke stanovení prognosy krvácení existuje několik skórovacích systémů, například Rockall score, které zohledňuje věk pacienta, oběhovou dekompenzaci, tj. hypotenzi, tachykardii, přidružené komorbidity, typ krvácející léze a sigmata proběhlého krvácení. Pro krvácení do horního GIT se používá endoskopická, tzv. Forrest klasifikace. FI-III. Tato hodnotí typ krvácení z léze, jako je arteriální, nebo žilní, pokud léze aktivně krvácí.

Pokud není přítomno krvácení, tak je hodnocen charakter spodiny léze s ohledem na riziko recidivy krvácení. Takto lze určit riziko rebleedingu, neboli recidivy krvácení a mortalitu.

#### Vlastní kazuistika

Pacientka 34 let, přijata v 19.30hodin na JIP gastroenterologického oddělení pro enterhorhagii a hraniční oběhovou nestabilitu. Obtíže začaly toho dne ráno, pacientka uvádí průjmovité stolice s menší příměsí krve, celkem asi 7×. Dle svých slov se cítí relativně dobře, ale měla kolaps s pádem, proto rodina volala záchrannou službu. Enterorrhagii již dříve měla v rámci základního onemocnění. V osobní anamnéze Morbus Crohn, stp. ileocekální resekci, ileitis terminalis diagnostikovaná 5/2005, resekce ileocekální v 1/2007, dlouhodobě v remisi na mesalazinu a azathioprinu. Stp. excizi melanomu hrudníku r. 2012, bez známek recidivy.

Status praesens: TK 100/60mmHg, puls 91/min, bledá, per rectum tmavá krev bez příměsí stolice, či hlenu. Jinak bez patologie. Vyšetření: krevní obraz: Leu 13,3 x109/l, Hb 95g/l, Trombo 215 x109/l, INR 1,05. Po zajištění pacienta a volumoterapii provedena urgentní gastrokopie bez patologického nálezu. Dále přes absenci přípravy střeva rozhodnuto o provedení urgentní koloskopie. Přehlednost v tlustém střevě byla relativně dobrá, lumen vyplněno jen tekutou ředěnou krví, kterou bylo možno odsát, bez zbytků stolice. Provedena totální koloskopie do ileoascendentoanastomose end-to-end. V anastomose identifikována menší ulcerace 10 × 10mm jako známka recidivy Crohnovy choroby v anastomose, která je přítomna až u 45% operovaných pacientů. Jelikož krev byla přítomna i v tenkém střevě, vyšetřeno ještě cca 20cm tenkého střeva, kde množství krve bylo zřetelně menší. Při návratu skrz ileokoloanastomosu došlo o strhnutí drobného koagula v nepřehledné části ulcerace a znovuobnovení významného arteriálního krvácení z erodované cévy v ulceraci. Krvácení zastaveno hemoklipy. Pacientka dostala 2 krevní transfuze, poté byla hladina Hb 111g/l. Další krvácení se neobjevilo, hospitalisace komplikována elevací zánětlivých parametrů a průkazem antigenu a toxinu Clostridium difficile, bez kultivačního průkazu Clostridia, bez přítomnosti průjmů. Na empirické atb terapii ciprofloxacin + metronidazol došlo k ústupu zánětlivých parametrů, pacientka dimitována bez obtíží, bez klinických známek exacerbace základního onemocnění. Je nadále dispenzarizována pro M. Crohn a v současnosti bude zahájena biologická léčba Crohnovy choroby.

#### Závěr

Určit charakter defekátu při krvácení do GIT je někdy obtížné. Krom vyhraněných klinických obrazů, jako je melena, nebo enterorrhagie, existuje ještě tzv. rychlá melena, což je pojem ne zcela jasně definovaný, znamená odchod melenosní stolice s čerstvou krví, nebo tzv. vínová stolice, což je hustátmavá krev vínové barvy. Rychlá melena se může vyskytovat při masivním krvácení do horního GIT. Pro mnohem vyšší incidenci krvácení do horního GIT se téměř vždy provádí nejprve urgentní horní endoskopie, až poté urgentní koloskopie.

V diferenciální diagnostice mého případu se vyskytují jednotlivé možné zdroje krvácení do GIT, jelikož per rectum byla tmavá krev, mohlo se jednat o krvácení do všech částí GIT. Krom výše uvedených jsou to další méně časté diagnózy, jako je ischemie střeva, Meckelův divertikl, intususcepce, infekční kolitidy, hemorhoidy, anální fissura, rektální vřed.

V případě této pacientky by mohlo mít chybné vstupní hodnocení stavu fatální následky. Pacientka evidentně podcenila množství odešlé krve konečníkem v průběhu celého dne. Pokud by stav byl hodnocen jako exacerbace M. Crohn s průjmy s krví a pokles hemoglobinu na 95g/l jako součást základního onemocnění, mohlo by to mít fatální následky pro pacientku.

## 4. 6. Neurologická symptomatologie v těhotenství – případ pro psychiatra?

**MUDr. Pavla Foltová**

Nemocnice Český Krumlov, a.s., Nemocniční 429, 381 27 Český Krumlov  
foltova@nemck.cz

### Úvod

Období těhotenství představuje pro ženu velkou životní změnu. Je to, z hlediska psychiatrického, rizikové období, kdy se mohou nově objevovat psychiatrická onemocnění nebo zhoršovat onemocnění již diagnostikovaná. Onemocnění probíhá často skrytě, příznaky mohou být zaměněny za stavy v těhotenství běžné (zvýšená únava, změna chuti k jídlu, narušení spánku, změna v oblasti sexuálního života). V našem případě se jednalo o výrazné neurologické potíže těhotné ženy, které začaly v 17. týdnu těhotenství a trvaly ještě několik měsíců po porodu. Zůstalo dlouho nepoznáno, že potíže pacientky jsou zčásti vyvolány a zhoršeny psychiatrickým onemocněním.

### Vlastní kazuistika

Naše kazuistika se týká jednatřicetileté pacientky, která byla poprvé těhotná, dítě bylo plánované, chtěné, rodinná i osobní anamnéza vzhledem k potížím bezvýznamná. Poprvé vyhledala péči našeho gynekologicko-porodnického oddělení ve 13. týdnu těhotenství pro těžkou hyperemezu, která trvala již více než týden. Pozitivně zareagovala na infusní terapii a antiemetika per rectum, po dvou dnech byla v dobrém stavu propuštěna domů. Za 10 dní se ovšem vrátila se stejnými potížemi. Navíc udávala, že se vše zhoršuje v přítomnosti manžela a psa, kteří vzbuzují negativní čichové vjemy a zhoršují tím nauzeu. Opět pomohla antiemetická léčba, po pár dnech byla propuštěna domů.

V 17. týdnu těhotenství se udeřila do hlavy a tím začaly všechny ostatní potíže. Konkrétně těžké vertigo a nauzea. Byla vyšetřena v ORL ambulanci, kde ale příčinu potíží neobjasnili. Pacientce byl nasazen Guajacuran a Degan, ale bez valného efektu. Později proto vyhledala neurologa. V klinickém vyšetření byl pouze zvýšený tonus m. trapezius bilaterálně a omezená rotace krční páteře, ostatní neurologický nález v normě. Onemocnění bylo uzavřeno jako cerviko-kraniální a cerviko-brachiální syndrom, byl doporučen klidový režim, teplo, pokračovat v medikaci Guajacuranem, rehabilitace, taping. Vše opět téměř bez efektu.

Ve 21. týdnu se přidaly oční potíže – světloplachost, „houpaní obrazu“. Opět absolvovala ORL vyšetření, ale závěr byl podobný minulému – vertigo smíšené etiologie. Na očním vyšetření byl též normální nález. Opět tedy vyhledala neurologa, kde byl závěr stejný jako při minulé návštěvě. Pacientka byla objednána na magnetickou rezonanci mozku a krční páteře k vyloučení závažnější etiologie onemocnění.

Ve 31. týdnu se potíže výrazně vypustňovaly a pacientka již doma nezvládala běžnou činnost. Byla proto opět hospitalizována na našem oddělení. Vertigo se zhoršovalo vleže, proto zaujímal po celou dobu hospitalizace pouze polohu v polosedě. Zhoršilo se též houpání obrazu a světloplachost, přidala se dokonce ptóza levého víčka. Na MR mozku a krční páteře byla sice prokázána stenóza páteřního kanálu v úrovni C3-C4, ne však v takové míře, aby to zcela vysvětlilo její potíže. I jen symptomatologická léčba byla, kvůli kontraindikaci většiny léků v graviditě, téměř nemožná. Pacientka několik týdnů před porodem tedy pouze seděla na posteli a pospávala, nebyla schopná jakéhokoliv pohybu, kromě chůze na WC, která jí však vždy velmi vyčerpala.

Počtvrté jsme pacientku hospitalizovali na začátku 39. týdne těhotenství, kdy už nebyla schopná jezdit na kontroly – v autě se vertigo zhoršovalo nejvíce. Vzhledem k stavu jsme naplánovali vedení porodu per sectionem. Porod proběhl bez komplikací, narodila se holčička, 2690 g, 46cm, Apgar skóre 9-10-10. Doufali jsme, že porodem by se mohly obtíže zmírnit, ale bylo tomu spíš naopak. Přidala se výrazná depresivní nálada, anxieta, pacientka byla plačtivá, hlavně proto, že se nemůže starat o miminko. Zkusili jsme tedy podat anxiolytikum, konkrétně 5 mg Oxazepamu per os. Po první tabletě pacientka sama vstala z postele a prošla se po chodbě, čehož za celé dva předchozí měsíce nebyla schopna. To nás vedlo k podezření, že za neurologickými obtížemi může být skryto psychiatrické onemocnění. Následovalo tedy psychiatrické konzilium, kde psychiatr, vzhledem k poruchám vidění a motoriky, vyslovil podezření na dissociativní poruchu (v starší terminologii hysterickou poruchu). Od této diagnózy ale nakonec upustil a konečná diagnóza zněla generalizovaná úzkostná porucha se středně těžkou depresivní epizodou. Pacientce byla nasazena pětikombinace léků (2× antidepresivum, 2× anxiolytikum, neuroleptikum).

### Závěr

Pacientku během jejího těhotenství vidělo nespočet specialistů (2 ORL lékaři, 5 neurologů, 1 rehabilitační lékař, 1 oční lékař, několik gynekologů), ale až psychiatr jí dokázal částečně pomoci. Potíže se po psychiatrické léčbě výrazně zlepšily, ale nevymizely zcela, etiologie potíží byla tedy nejspíše smíšená. Pacientka dál docházela ambulantně k psychiatrovi a na rehabilitaci. Nyní (rok po porodu) jí byla zcela vysazena psychiatrická medikace a je plně schopna starat se o svou dcerku. Otázkou zůstává, zda jí po této zkušenosti bude někdy chtít pořádit sourozence.

## 5. 1. „Přišli pěšky z Neurologie“, aneb diskrepance mezi klinickým stavem pacienta a radiologickým nálezem akutní neurochirurgické diagnózy (kazuistiky)

**MUDr. Jakub Šefr**

Neurochirurgické oddělení, Krajská nemocnice České Budějovice

Autorem je presentováno několik pacientů s život ohrožující diagnózou, kteří byli na Neurochirurgii přijati z Neurologického oddělení a jejichž obrazový nález na CT/MR vyšetření nekoreloval s obrazem klinickým, který bychom čekali závažný. Jedná se o následující emergentní lékařské diagnózy: Epidurální hematom lbi, subarachnoidální krvácení z ruptury mozkového aneurysmatu, patologie v zadní jámě lebny.

U všech těchto pacientů bychom při samotném pohledu na radiologické snímky předpokládali závažnou poruchu vědomí a nutnost okamžité anesteziologické léčby s neurochirurgickou intervencí. Pacienti však byli v takovém klinickém stavu, který by jim teoreticky umožnil překonání jednoho výškového patra a přechod napříč areálem nemocnice z oddělení neurologie na oddělení neurochirurgie. I přes tyto okolnosti jsme nic nepodcenili a pacientům zajistili intenzivní péči s operačním řešením v časně době.

**Kazuistika 1: Epidurální hematoma lbi (EDH)**

Jedná se o akutní stav, kdy příčinou je krvácení z povodí a. meningica media, do místa mezi kost a dura mater. Mechanismus je traumatický- na podkladě fraktury/fissury lební kosti dojde k roztržení stěny tepny. V klinickém obraze dominuje různý stupeň poruchy vědomí (asi ve 30% může být přítomen tzv. lucidní interval), poruchy hybnosti končetin a mydriasa v případě počínajícího temporálního konu. Výskyt je typický u mladších osob, léčba je vesměs chirurgická s dobrou prognosou. Konzervativní postup je výjimečný, individuální a týká se drobných hematomů bez progresu v nárůstu objemu.

Presentován pacient ve věku 61 let, hypertonik. 23. 9. 2013 ve 4.30 hodin ráno při chůzi na WC upadl na zem, v bezvědomí údajně nebyl. Od té doby 2× zvracel a udával vertigo při chůzi. Ráno v 8:30 přivezen rodinou na naše Neurologické oddělení. Vstupně byl neurologický náález lehké levostranné hemiparesy, GCS 15, s bilaterálně isokorickými zornicemi. Na zhotoveném CT mozku v 9:30 se zobrazila fissura kalvy fronoparietálně vpravo s EDH o maximální šíři 4 cm, středčarový shift mozkových struktur byl 1 cm. Po zkontaktování neurochirurgického pracoviště indikován překlad na Trauma JIP. Ve 13:00 provedena operace- cílená kraniotomie, evakuace EDH a zástava krvácení z větve a. meningica. Výkon i hospitalizace probíhaly bez komplikací s úpravou neurologického deficitu. Následná celková doba pobytu v nemocnici byla 9 dní (3 dny na Trauma JIP, 6 dní na oddělení Trauma B). Při poslední ambulantní kontrole v červenci 2014 je pacient stále plně zdrav, bez trvalých poúrazových následků.

**Kazuistika 2: subarachnoidální krvácení (SAK) z ruptury mozkového aneurysmatu.**

SAK je tepenné krvácení do subarachnoidálního prostoru, z mozkové výdutě v oblasti Willisova okruhu. Ruptura vzniká náhle, spontánně, nebo po fyzické námaze. Klinický obraz je pestrý, od prudké cefalee s nauseou, meningeálních příznaků a neurologického deficitu, až po hluboké koma s oběhovou zástavou (viz klasifikace Hunt Hess, WFNS). Diagnostika spočívá v klinickém vyšetření a pečlivě odebranou anamnesou, umožňuje-li to stav pacienta. Ze zobrazovacích metod volíme vstupně CT mozku doplněné o CT Ag nebo klasické DSA mozkového řečiště. Léčba je akutní- chirurgická (zaklipování aneurysmatu), radiointervenční (coiling vaku aneurysmatu). Terapie po výkonu je komplexní. Prognosa závisí na klinickém stavu, velikosti krvácení, včasné intervenci, a v neposlední řadě v kvalitní intenzivní a ošetrovatelské péči ( hrozí riziko vasospasmů, rozvoj posthemoragického hydrocefalu atd.)

Námi presentovaná pacientka je 31letá žena s léčenou esenciální hypertensí, bez dalších komorbidit. 24. 6. 2013 přijata na neurologii pro 3 dny trvající ostrou bolest hlavy, která vznikla náhle. Při klinickém vyšetření byla pacientka pouze lehce meningeální, jinak bez neurologického deficitu (Hunt Hess klasifikace I, WFNS I). Provedeno nativní CT mozku s CT Ag, s nálezem hematomu temporálního laloku vpravo a masivního subarachnoidálního krvácení z ruptury dvoulaločnatého aneurysmatu v povodí a. cerebri media M1/2 vpravo. Radiologický obraz klasifikace Fisher 4. Pacientka ihned přeložena na neurochirurgickou JIP. Ve večerních hodinách 24. 6. 2013 provedena operace- evakuace hematomu a zaklipování aneurysmatu 2 klipy z pravostranné pterionální kraniotomie. Výkon bez komplikací. Pacientka po výkonu observována na NCH JIP po dobu 14 dní, následně 7 dní na standardním oddělení neurochirurgie. Hospitalizace se obešla bez komplikací, bez vasospasmů mozkových tepen, Kontrolní CT mozku po operaci příznivé, bez rozvoje komunikujícího hydrocefalu. Následné kontrolní DSA zobrazilo dobré uložení klipu, bez průkazu rezidua aneurysmatu. Při dimisi 15. 7. 2013 byla pacientka zcela v pořádku. Kontrolní DSA s odstupem 1 roku též příznivé a pacientka se nadále těší dobré fyzické kondici.

**Kazuistika 3: patologie v zadní jámě lební (meningeom a arachnoidální cysta)**

Jakýkoliv nefyziologický náález v infratentoriální oblasti je dalším neurochirurgickým „červeným praporkem“. Ať se jedná o krvácení, ischemii, tumor nebo vrozenou vývojovou vadu, pacienti vždy vyžadují intenzivní péči a časnou neurochirurgickou intervenci. Důvodem je riziko okcipitální herniace, útlak prodloužené míchy nebo naopak rozvoj obstrukčního hydrocefalu a zvýšení nitrolebního tlaku supratentoriálně. Obojí je život ohrožujícím stavem.

V této sekci presentujeme 2 pacienty. Prvním je 66ti letá žena s obrovským meningeomem infratentoriálně vpravo, avšak bez známek obstrukčního hydrocefalu. Druhým je 43letá žena, lékařka, s vrozenou arachnoidální cystou, utlačující medulla oblongata a s rozvinutým akutním hydrocefalem. Symptomatická byla pacientka až poslední půl rok, kdy si stěžovala na neustupující cefaleu a vomitus. Obě ženy byly po celou dobu své nemoci lucidní, pouze s mírnými mozečkovými příznaky a příznaky nitrolební hypertenze. Obě pacientky jsme úspěšně odoperovali, propustili do domácí péče a obě nás soběstačně přišly navštívit za 3 měsíce v ambulanci.

Diskrepanci mezi klinickým stavem a radiologickým nálezem neurochirurg vidá často, zejména u degenerativních onemocnění krční a bederní páteře. O to kuriosnější je vidět tento rozdíl i u život ohrožujících stavů. V první kazuistice je možné lehký klinický stav vysvětlit uložením hematomu vysoko parietálně a vlivu stařecké mozkové atrofie. V kazuistice třetí je důvodem několik let progredující patologie v infratentoriu a následný rozvoj kompenzačních mechanismů. Ve všech případech nás těší dobrý výstup pacientů, kteří jak k nám „po svých“ přišli, tak i „po svých“ odešli. Tyto kazuistiky mají vést také k zamyšlení a k utvrzení známého faktu, že u pacienta by měl být klinický stav nadřazený výsledku zobrazovacích vyšetření.

## 5. 2. Krukenbergův nádor

**MUDr. Martina Piklová, MUDr. Ondřej Míka**

Gynekologicko – porodnické oddělení Nemocnice České Budějovice  
martinapikl@seznam.cz

**Úvod**

Kazuistika popisuje případ 38leté pacientky přijaté pro bolesti břicha s podezřením na tumor malé pánve. Indikována k operaci, při které je výsledek peroperační biopsie hlášen jako karcinom ovaria, proto přistoupeno k radikalizaci operace. Definitivní histologie přináší podezření na metastatické postižení ovaria s primárním nádorem v oblasti GIT. Doplněna gastrokopie, která potvrzuje karcinom žaludku.

**Vlastní kazuistika**

Z okresní nemocnice nám byla přeložena 38letá pacientka s podezřením na subtorzi tumoru malé pánve. Pacientka si stěžovala na bolesti břicha trvající 4 dny, které se postupně zhoršovaly. Nauzeu neměla, mikce a pasáž byla normální, byla afebrilní, v poslední době zhubla

přibližně 5 kg. V osobní anamnéze udávala st.p. appendektomii, CVI (cortical visual impairment) a obstrukční hydrocefalus (v r. 2010, řešen přechodnou komorovou drenáží, etiologie nejasná). Otec i bratr pacientky byli onkologicky nemocní, matka a sestra zdravý. Pacientka pracovala jako barmanka, t.č. nezaměstnaná, nekuřačka. Spontánně porodila dvojčata (syn a dcera – 19 let), její gynekologická anamnéze byla bez pozoruhodností. Ultrazvukové vyšetření při příjmu popisuje tumor vyplňující celou malou pánev a volnou tekutinu v malé pánvi. V laboratoři je patrná elevace ca 125–156, elevace CRP – 219 a anemie Hb 88. Přistupujeme k operaci, při které jsou oboustranně odstraněny vaječníky a vejcovody. Nález peroperační biopsie se ukazuje jako karcinom ovaria. Vzhledem k tomu, že pacientka v případě maligního výsledku peroperační biopsie souhlasila s radikalizací operace, rozšiřujeme výkon o odstranění dělohy, omenta, pánevních a paraaortálních uzlin. Z dutiny břišní také odebíráme několik dalších biopsií ze suspektních míst. V definitivní histologii popisuje patolog ovaria prostoupená adenokarcinomem Krukenbergova charakteru a vyjadřuje podezření na primární ložisko v oblasti GIT. Stejný histologický nález je i ve všech ostatních odebraných tkáních. Vzhledem k podezření na tumor žaludku doplňujeme gastrokopii. Gastroenterolog popisuje suspektní ložisko v oblasti malé křiviny a odebraná biopsie potvrzuje adenokarcinom. Dle CT vyšetření nádor vyplňuje celou malou křivinu žaludku v šířce až 2,5cm, játra jsou bez ložiskových změn, RTG S+P s normálním nálezem. Pacientka je konzultována v GIT týmu ohledně dalšího postupu. Vzhledem ke generalizaci tumoru je indikována k systémové chemoterapii.

#### Závěr

Krukenbergův nádor je metastatické postižení ovarii adenokarcinomem a tvoří 1–2% všech ovariálních nádorů. Nejčastěji je primární nádor v žaludku (70%), tlustém střevu, appendixu a prsu. Vzácně jde o metastázu karcinomu žlučníku či žlučových cest, pankreatu nebo tenkého střeva. Prognóza pacientek s Krukenbergovým nádorem je nepříznivá, většina pacientek zemře během 2 let (medián přežití je 14 měsíců). V současné době neexistuje optimální léčebná strategie. Chirurgický výkon je často limitován pozdním záchytem primárního nádoru a chemoterapie ani radioterapie nemají významný vliv na prognózu pacientek.

### 5. 3. Vyšetření nepravidelnosti kostěné pánve pomocí MRI u pacientky s přáním porodu per vias naturales

**MUDr. Lukáš Dostál**

*Nemocnice Český Krumlov a.s., Nemocniční 429  
dostalek@nemck.cz*

Použití MRI u pacientky se spondylolistézou L5/S1 k proměření rozměrů porodního kanálu.

Představujeme kasuistiku pacientky, která i přes patologický tvar pánve a rizikový stav po císařském řezu vyžadovala porod per vias naturales. Této rodičce byla za účelem exaktního zhodnocení pánevních poměrů provedena nukleární magnetická resonance, která objasnila povahu pánevních změn a umožnila přesně změřit všechny anatomické rozměry. Po tomto vyšetření pacientka úspěšně porodila živý plod per vias naturales. Na přiložených snímcích bych chtěl demonstrovat, jak je možné v dnešní době pomocí moderních zobrazovacích metod posoudit pánevní rozměry.

Pacientce byl doporučen porod císařským řezem, který odmítla podepsáním negativního reverzu. Císařský řez byl preferován jednak kvůli možným ortopedickým komplikacím vaginálního porodu, tak kvůli možné deformaci porodního kanálu. Na ortopedické komplikace se pacientka rozhodla nebrat zřetel a proto ji bylo doporučeno provedení MRI k posouzení tvaru malé pánve. Toto vyšetření se běžně v porodnické praxi neprovádí a je proto zajímavé zhodnotit přínos, který tomuto případu přineslo.

### 5. 4. Ageneze trachey

**Nedvědová Lenka MUDr.**

*Neonatologické oddělení, Boženy Němcové 54, 37001 Nemocnice České Budějovice a.s.  
ltvrdikova@seznam.cz*

#### Úvod

Tracheální ageneze je velmi vzácná vrozená vývojová vada s prevalencí 1 : 50 000 porodů. Od r. 1900, kdy se v literatuře poprvé objevuje zmínka o této anomálii, bylo popsáno pouze několik desítek případů po celém světě. Příčina vzniku není známa. Velmi často se rozvíjí v souvislosti s jinými vrozenými defekty, např. VACTERL syndrom. Děti se rodí předčasně, prenatálně vada uniká pozornosti, často bývá přítomný polyhydramnion. Typickými příznaky po porodu dítěte jsou absence pláče, cyanóza a velmi rychlý rozvoj těžké inspirační dušnosti. Tuto nepříznivou situaci na porodním sále výrazně zhoršuje nemožnost intubace a v jejím důsledku děti brzy po narození umírají. Příčina smrti je tudíž objasněna často až post mortem.

#### Kazuistika

Dívka, která se narodila na našem neonatologickém oddělení s touto vrozenou vadou v r. 2013, měla také velmi dramatický vstup do života. Jednalo se o novorozence narozeného ve 32. gestačním týdnu per sectionem pro polyhydramnion a bolesti břicha matky. Prenatální diagnostika byla negativní. Vzhledem k přítomnosti bronchoesofageální píštěle dívka bezprostřední poporodní období přežila. Po vybavení plodu bylo nutné zahájit kompletní kardiopulmonální resuscitaci, pokusy o endotracheální intubaci se opakovaně nedařily, přestože hlasivkové vazy se zdály být intaktní. Dítě se prodýchávalo Neopuffem, saturace hemoglobinu se však držely na nízkých hodnotách. Teprve ve 45. minutě se zdařila intubace endotracheální kanylou se zavaděčem, poté se objevuje přechodně podkožní emfyzém, ale akce srdeční i saturace se normalizovala. Dítě jsme transportovali s umělou plicní ventilací na neonatologickou jednotku intenzivní péče. Zde se během prvního

dne života i přes intenzivní léčbu dítě postupně ventilačně zhoršovalo, byla nutná změna režimu na HFO. RTG snímek hrudníku prokázal pouze pneumomediastinum a podkožní emfyzém, plíce byly dobře rozvinuté, příčinu obtížného zajištění dýchacích cest však neobjasnili. Z endotracheální kanyly se odsál sekret vzhledu žaludečního obsahu, proto pro podezření na komunikaci dýchacích cest s gastrointestinálním traktem indikujeme spirální CT vyšetření. Toto vyšetření potvrdilo vrozenou agenezi trachey, vrozenou vývojovou vadu s infaustní prognózou. Se souhlasem rodičů přecházíme u dítěte na paliativní péči, v 64 hodinách života je konstatován exitus letalis. Při pitvě nebyla prokázána jiná sdružená vývojová vada.

#### Diskuse

Ageneze trachey je dosud považována za vrozenou vadu neslučitelnou se životem. I přes značný pokrok v chirurgické rekonstrukční léčbě za použití nových odolnějších, modernějších materiálů a např. technologie kmenových buněk žádný pacient dosud operační zákrok dlouhodobě nepřežil.

## 5. 5. Akutní mezenterální ischemie

**P. Soukup, Chirurgické oddělení, primář MUDr. Vojtěch Louda**

*Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 54, 370 01, České Budějovice*

#### Úvod

Akutní mezenterální ischemie představuje závažné onemocnění, které má ve většině případů infaustní prognózu. Tvoří 1–2% onemocnění trávicího traktu, je však zatížena vysokou letalitou, která se obecně, bez ohledu na etiologii vzniku, pohybuje okolo 70% s rozsahem 59–93%. (1). Nejčastější příčinou akutní mezenterální ischemie je embolie (45%), neokluzivní ischemie (20%), neznámá příčina (15%), dále tepenná tromboza (12%) a žilní tromboza (8%). (2) Kazuistika popisuje případ přežití mezenterální ischemie, která nebyla operačně ani radiologicky řešitelná.

#### Kazuistika

48letá kuřačka s Leidenskou mutací byla v roce 2009 operována na jiném pracovišti pro cholecystolithiasu. Cholecystectomy komplikována biliární leakem a nekrosou tenkých kliček. Žlučové cesty ošetřeny stentáží při ERCP. Z důvodu nekrosy bylo resekováno asi 1,3 metru tenkých kliček. Radiointervenčně provedena stentáž trombozované a. mesenterica superior a truncus coeliacus. Pooperačně nasazena duální antiagregační terapie.

Pacientka přijata plánovaně na naše pracoviště k operaci kýly v jizvě. Předoperačně doporučeno vysazení Godasalu s překrytím perioperačního období Fraxiparinem 0,4 ml aplikovaného 1× denně subkutánně. Předoperační vyšetření viscerálních cév, vzhledem k absenci obtíží, provedeno nebylo. Kýla v jizvě vyřešena nekomplikovaně alloplastikou. V pooperačním období však dochází postupně k zhoršování bolestí břicha, proto 3. pooperační den rozhodnuto o operační revizi. Operací zjištěna ischemie celého tenkého střeva s gangrenosními změnami z důvodu trombotického uzávěru truncus coeliacus a arteria mesenterica superior. Nález nebylo možné operačně ani radiologicky vyřešit. V dalších dnech po revizi však dochází v CT obraze i klinickým nálezu k zlepšení stavu, pacientka proti očekávání přechází. 28. den po revizi je se syndromem krátkého střeva překládána na interní oddělení k další léčbě.

#### Závěr

Přes značný pokrok v diagnostických a terapeutických možnostech zůstává akutní mezenterální ischemie stále zatížena vysokou letalitou. Při léčbě tohoto onemocnění je důležitá spolupráce chirurgů, radiologů a lékařů intenzivní péče. Překvapující bylo zlepšení pooperačního stavu u pacientky s takto rozsáhlou střevní ischemií, která ve většině případů končí infaustně. Je otázkou, zda nevyšetřovat viscerálních cév u podobných pacientů před následnými operačními výkony.

## 5. 6. Embolie renální arterie

**MUDr. Jiří Černý<sup>1</sup>, MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Ivana Uhlířová<sup>2</sup> . MUDr. Karel Hes<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Urologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s., <sup>2</sup> Chirurgické oddělení, Nemocnice Strakonice

<sup>3</sup> Radiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

#### Úvod

Prezentace kazuistiky pacientky s infarktem ledviny na podkladě embolu krevního koagula při hyperkoagulopatii.

#### Vlastní kazuistika

Předkládáme kazuistiku ženy, 49 let, kuřačka 20 cigaret denně, řidička kamiónu, bez trvalé medikace, bez předchozí urologické či hematologické anamnézy. Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení okresní nemocnice pro bolesti břicha a levé lumbální krajiny, nauzeu a subfebril. Při příjmu byla zjištěna leukocytóza, erytrocyturie, CRP 19,7 mg/l, ostatní základní laboratorní ukazatele v normě. Sonografické vyšetření břicha, nefrogram a VUG (vylučovací urografie) bez patologického nálezu. Vzhledem k přetrvávajícím obtížím bylo indikováno CT VUG, ukazující okluzi levé renální arterie krevním koagulem, infarkt horní poloviny ledviny, s přetrvávající vylučovací funkcí ledviny. Dolní pól ledviny je zásobován aberantní arterií beze změn. Bezprostředně po stanovení diagnózy, 38 hodin od prvních příznaků, byla pacientka přeložena na vyšší pracoviště k rekanalizaci renální arterie. Intervenčním radiologem v jedné době po doplnění CT angiografie Seldingerovou metodou byla provedena cestou levé femorální arterie selektivní renální arteriografie a následně aspirace embolu z levé renální arterie. V odstupu 24 hodin byla zhotovena kontrolní angiografie s dobrou průchodností renální tepny vlevo, s přetrvávajícím reziduálním infarktem kranální poloviny ledviny. Kardiologickým vyšetřením jsme vyloučili nejčastější zdroje arteriální embolizace: EKG záznam zobrazuje sinusový rytmus bez převodních změn, sonografie srdce je bez pozoruhodností,

bez průkazu chlopenní vady, endokarditické vegetace či defektu septa. Doplnující biochemické vyšetření odhaluje mírnou elevaci LDH 27,3  $\mu$ kat/l, AST 0,67  $\mu$ kat/l, ALT 0,99  $\mu$ kat/l, CRP 160 mg/l, ostatní parametry v mezích normy. Hematologické ukazatele: INR 1,07, APTT 31,3s, APTT<sub>r</sub> 0,99, trombinový čas 16,6s, fibrinogen 7,3 g/l (norma 1,5–3 g/l), antitrombin III 78% (norma > 60%), Ddimery 1141 ng/l (norma do 150 ng/l) ukazují na hypekoagulační stav. Nasazena antikoagulační a antiagregační léčba. Pacientka byla propuštěna do domácí péče 4. den zcela bez obtíží. Ambulantně bylo doplněno genetické vyšetření s nálezem homozygotní mutace genu kódujícího protrombin (G20210A). V odstupu 6 týdnů pacientka podstoupila kontrolní CT angiografii, na níž se zobrazují dvě dobře průchozí renální tepny vlevo s ischemickými změnami horní poloviny ledviny. V odstupu 3 měsíců byla statickou scintigrafií potvrzená snížená relativní funkce levé ledviny na 35% s defektem kraniální poloviny, prakticky odpovídající nálezu bezprostředně po revascularizaci. Pacientka je trvale warfarinizována.

#### Závěr

Infarkt ledviny je v diferenciální diagnostice bolestí v boku pro svou relativní vzácnost opomíjenou diagnózou. Příznaky se prolínají s častějšími onemocněními, proto je diagnóza infarktu ledviny v praxi obvykle zpožděna, což limituje výsledky pokusu o zprůchodnění postižené renální arterie. Intervence s cílem zprůchodnit renální arterii a snížit pravděpodobnost ireverzibilního poškození renálního parenchymu nebývá úspěšná v časovém odstupu delším než několik hodin od kompletního uzávěru tepny. Na infarkt ledviny je nutné pomýšlet zejména u pacientů se solitární ledvinou, kdy časné zprůchodnění renální arterie radiologickou intervencí dává naději na zachování renálních funkcí. V literatuře je zmiňováno několik desítek případů pacientů s homozygotní mutací genu kódujícího antitrombin. Riziko tromboembolické příhody u heterozygotů je vyšší cca 2–3× oproti běžné populaci. Relativní riziko oproti pacientům s heterozygotní mutací není vyhodnoceno. U naší pacientky byl infarkt ledviny první manifestací vrozené hyperkoagulopatie.

## 5. 7. Extraneurální metastáza glioblastomu

### MUDr. Vokáč Tomáš

Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Email: tomik.vokac@centrum.cz

#### Úvod

Metastázy multiformního glioblastomu (GBM) jsou velice vzácné (0,2–2%). Odhadem těchto případů bývá 20–25 během 5 let. Jsou nejčastěji nalézány v plicích (60%), uzlinách (51%), kostech (30%) a játrech (22%). Tyto metastázy bývají zjištěny s nálezem primárního tumoru nebo s relapsem po léčbě.

#### Kazuistika

68letá pacientka byla odeslána praktickým lékařem na neurologii pro několik dní trvající silné bolesti hlavy. Při vyšetření byla zjištěna dysartrie, pokles levého koutku a levostranná hemiparesa. Bylo provedeno urgentní CT mozku, kde byl nález rozsáhlého expanzivního tumoru temporálně vpravo s osteolýzou velkého křídla pravé sfenoidální kosti, temporální squamy, s expanzí do pravé očníce a rozsáhlým edémem pravé mozkové hemisféry s přetlačení středočárových struktur o 10 mm. Pacientka byla hospitalizována na JIP interních oborů a zahájena antiedematózní terapie, při které došlo k ústupu bolestí a ke zlepšení kognitivních a fatických funkcí.

Vzhledem k nálezu byla pacientka přeložena na neurochirurgické oddělení. Zde bylo provedeno MR mozku, kde byl potvrzen nález tumorózní expanze s podezřením, že se jedná o glioblastom. Vzhledem ke změnám na skeletu a k extrakraniální propagaci tumoru bylo pomýšleno i na metastatické postižení kalvy a mozkové tkáně.

Operačně byla provedena většinnová 5 – ALA (Gliolan) a navigací řízená resekce tumoru a biopsie ložiska v klínové kosti. Vzorek z resekce a biopsie byly odeslány k histologickému zpracování. Dle mikroskopie a imunohistochemie byl diagnostikován v obou zaslaných vzorcích glioblastom WHO grade IV. Od operační terapie metastázy bylo ustoupeno. Následně byla doporučena chemoradioterapie s využitím temozolomidu cestou spádového onkologa.

#### Diskuze

Extrakraniální kostní metastázy GBM bývají zachyceny jako jednotné nebo mnohočetné léze. K metastatickému šíření dochází navzdory teorii o hematoencefalické bariéře. Další možností je iatrogení diseminace během operace.

Samozřejmě na délku přežití pacienta má vliv primární nádor. GBM je nejagresivnější maligní primární mozkový nádor dospělých s incidencí 3–4/100000/rok. Standardní terapie zahrnuje operační léčbu (co nejradikálnější odstranění nádoru), radioterapii a chemoterapii temozolomidem. I přes agresivní léčbu zůstává medián celkového přežití nemocných s GBM pouze 12,1–14,6 měsíců, přičemž jen 3–5% pacientů přežívá déle než 3 roky.

#### Závěr

Metastázy GBM jsou velice vzácné. I přes dodržení agresivní a multimodální terapie primárního ložiska je léčba málo účinná a onemocnění má dosud infaustní prognózu.

## 5. 8. Infekce listeria monocytogenes v těhotenství Listeriosis during pregnancy

### Sádlová L., Slintáková E.

Nemocnice Strakonice a.s., Gynekologicko porodnické oddělení, Radomyšlská 336, 38629 Strakonice

lidasadlova@seznam.cz, eva.slintakova@seznam.cz

## Úvod

Předkládám kazuistiku infekce *Listeria monocytogenes* u pacientky ve III. trimestru těhotenství. Vzhledem ke zhoršujícímu se klinickému stavu pacientky a laboratorním známkám infekce bylo těhotenství ukončeno předčasně akutním císařským řezem. Infekci u matky se podařilo vyléčit bez následků nasazením cílené antibiotické terapie na základě výsledků hemokultivace. K přenosu infekce na novorozence nedošlo. *Listeria monocytogenes* je fakultativní intracelulární parazit patogenní pro savce, domestikované i divoce žijící, ptáky a plazy. Listerie jsou velice odolné vůči zevnímu prostředí, proto mohou dlouhodobě přežívat v půdě, vodě a siláži. Přežívají a množí se i při teplotě okolo 4°C a v přítomnosti vysoké koncentrace NaCl. Hlavním zdrojem kontaminace pro člověka jsou potraviny (mléko, tepelně nezpracované masné výrobky, zelenina, zrající sýry, uzeniny, mořské plody a nepasterizované mléko a mléčné výrobky). Branou vstupu jsou sliznice, především sliznice GIT, dále také například porušená kůže či dýchací cesty. Většina zdravých dospělých osob může sníst kontaminované potraviny, aniž by onemocněli. V lidské populaci se v některých oblastech udává bezpříznakové nosičství v zažívacím traktu až v 5%. K onemocnění jsou citlivější těhotné ženy s možností transplacentárního přenosu infekce na plod, pacienti imunodeficientní, s onkologickým onemocněním, diabetem či chronickým onemocněním jater a ledvin, HIV pozitivní. Inkubační doba onemocnění je 3 až 70 dní. Infekce postihuje především CNS, kůži, uzliny a vnitřní orgány, zejména játra a srdce. Onemocnění může probíhat zcela asymptomaticky, nebo jako generalizované onemocnění s fatálními důsledky jak pro matku tak pro plod. Nejčastějšími příznaky jsou epizody únavy, horečky, bolesti svalů, bolesti zad, žaludeční a střevní obtíže (nechutenství, průjem). Při rozšíření infekce do nervového systému se mohou objevit silné bolesti hlavy, zmatenost, křeče. *Listeria monocytogenes* má vysokou afinitu k mozkové tkáni a tvoří subkortikálně lokalizované abscesy v thalamu, pontu a prodloužené míše. U některých pacientů je možné setkat se i s listeriovou endokarditidou. Listeriová infekce může být komplikována disseminovanou intravaskulární koagulací či respiračním selháním. Při generalizované infekci tvoří listerie v postižených orgánech specifické granulomy, tzv. listeriomy. Listerie mohou pronikat placentou a infikovat plod. Mezi rizika transplacentárně přenesené infekce patří potrat či porod mrtvého plodu, nebo porod plodu se známkami listeriózy. Neonatální infekce se může manifestovat ve dvou formách. Za prvé jako syndrom časné sepse, pravděpodobně získaný in utero, spojený často s prematuritou. Probíhá pod obrazem tzv. granulomatosis infantiseptica. Jde o tvorbu multiorgánových abscesů a granulomů, které obsahují velké množství listerií a postihující především játra, slezinu, střevo a sliznici hrdla novorozence. Novorozence mají dechové obtíže, poruchy termoregulace a záchvaty křečí. Častý je generalizovaný pustulózní exantém. Za druhé jako pozdní infekce, ke které dochází v porodních cestách, je zatížena vysokou mortalitou a manifestuje se hnisavou meningitidou v období zhruba dvou týdnů po porodu u donošených dětí. Při diagnostice onemocnění hraje hlavní roli kultivace, sérologické a mikroskopické vyšetření. Ke kultivačnímu vyšetření jsou vhodné excize z placenty, případně tkáně mrtvého plodu (játra), dále smolka, likvor či žaludeční obsah plodu. U infikovaných provádíme odběry krve na hemokultivaci, likvor, exsudát nebo hnis z léze. Vhodné je doplnit vyšetření pupečníkové krve, lochií matky, placenty, plodové vody, mekonie a provést výtěr z hrdla děložního. U asymptomatických nosičů lze prokázat listerie ve stolici a v urogenitálním traktu. Kultivačně prokázané případy listeriózy infekce podléhají povinnému hlášení. *Listeria monocytogenes* je citlivá na penicilinová, makrolidová a tetracyklinová antibiotika. Lékem první volby je ampicilin v kombinaci s gentamicinem. U alergických pacientů se doporučuje podávání sulfometoxazolu s trimetoprimem. Pokud není prokázána amnionitida nebo pokud její příznaky ustoupí, je možné přejít k perorálnímu podání amoxicillinu. Celková doba léčby by měla pokračovat po dobu 14 dnů.

## Vlastní kazuistika

Dvaceti sedmiletá secundipara v týdnu gravidity 32+4 byla dne 8.11.2013 v 16,15 přijata k hospitalizaci na gynekologicko-porodnické oddělení pro tři dny trvající febrilie přesahující 39,0°C, nepravidelné tonizace, pět dní zhoršující se cefaleu, nauzeu, zvracení, zimnici, celkovou slabost a schvácenost. V den příjmu vyšetřena na interní ambulanci, kde byl z důvodu podezření na sinusitidu nasazen Zinnat p.o..

Anamnesticky zjištěna vrozená vývojová vada ledvin, které byla operativně vyřešena již v dětství a celiakie, jinak se pacientka dlouhodobě s ničím neléčí. Rodinná anamnéza nevýznamná, dosavadní průběh těhotenství bez jakýchkoliv komplikací.

Při příjmu byla naměřena teplota 39,4°C, TK 120/60 mm Hg, tepová frekvence 104/min. Gynekologické vyšetření: uterus dráždivý, poloha podélná koncem pánevním, vaginálně – čípek 2,5 cm dlouhý, měkký, mediasakrálně, hrdlo pro prst, přední klenba prázdná, UZ – v dutině děložní 1 živý plod, PP+, EFW – 2000 g +/- 300 g odpov. grav.h. 32+2, placenta na zadní stěně, nedosahující do dolního děložního segmentu, zralost placenty I. stupně, normohydramnion, velocimetrie v a. umbilicalis v normě, normální charakter křivek, CTG záznam fyziologický. Vzhledem k vysokým febriliím nabrána krev na laboratorní vyšetření včetně hemokultur, moč a výtěr z pochvy na kultivační vyšetření. Po odebrání krve nasazena antibiotická terapie Cefuroximem Kabi 1,5 g i.v. á 8 hod, v infuzi 2 ampule 20% MgSO<sub>4</sub> a antipyretické léky Paramax Rapid p.o..

V 18,30 hod jsou k dispozici parciální výsledky laboratoře: CRP 188,0 mg/l, hemoglobin 106 g/l, erythrocyty 3,65x10<sup>12</sup>/l, hematokrit 0,313, leukocyty 4,8x10<sup>9</sup>/l, trombocyty 121x10<sup>9</sup>/l, minerály – Na 129 mmol/l, K 3,9 mmol/l, Cl 98 mmol/l, Ca 2,04 mmol/l, urea 2,2 mmol/l, kreatinin 48 μmol/l, kyselina močová 319 μmol/l, jaterní testy – ALT 2,59 μkat/l, AST 2,30 μkat/l, LD 7,75 μkat/l, v chemickém vyšetření moči zjištěna proteinurie.

V 19,30 hod pacientka udává zhoršující se intenzivní bolesti hlavy, celkovou slabost, nauzeu a zesilující tonizace dělohy. Vzhledem ke stáří gravidity a zhoršujícímu se klinickému stavu pacientky rozhodnuto o jejím převozu na gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Písek. Při příjmu na gynekologicko-porodnickém oddělení Nemocnice Písek nabrána kompletní laboratoř – CRP 178,0 mg/l, hemoglobin 106 g/l, erythrocyty 3,55x10<sup>12</sup>/l, hematokrit 0,31, leukocyty 4,9x10<sup>9</sup>/l, trombocyty 119x10<sup>9</sup>/l, interleukin6 97,9 ng/l, prokalcitonin 0,32 μg/l, minerály – Na 130 mmol/l, K 2,72 mmol/l, Cl 99 mmol/l, Ca 1,98 mmol/l, urea 1,5 mmol/l, kreatinin 46 μmol/l, kyselina močová 309 μmol/l, jaterní testy – ALT 2,34 μkat/l, AST 2,15 μkat/l, LD 7,34 μkat/l, INR 1,19, APTT 35,00 s, fibrinogen 3,28 g/l, antitrombin III 100,00%, D-dimery 741,00 μg/l. Doplněno interní vyšetření. S ohledem na febrilie, vysoké zánětlivé markery, zvýšené hodnoty jaterních testů s trombocytopenií, zhoršování se celkového stavu pacientky a uložení plodu v poloze koncem pánevním indikováno ukončení těhotenství akutním císařským řezem. Nelze vyloučit incipientní HELLP syndrom. Porozen plod ženského pohlaví, váhy 1990 g, Apgar skóre 10-10-10. Výkon proběhl bez komplikací. V pooperačním období pacientka monitorována na jednotce intenzivní péče, nasazena infuzní empirická antibiotická terapie Amoksiklavem 1,2g po 8 hodinách, podána miniheparinizace a hepatoprotektiva. V laboratoři přetrvává elevace jaterních testů, dochází k mírnému zlepšení klinického stavu pacientky. 3. pooperační den hlášený z Nemocnice Strakonice výsledky hemokultur, ve všech vzorcích vykultivována *Listeria monocytogenes*. Antibiotická terapie cíleně změněna na Ampicillin 1g po 8 hodinách s Gentamicinem 2 amp. po 24 hodinách po dobu celkem 5 dní. Pacientka propuštěna 7. pooperační den. Při propuštění se cítí dobře, je afebrilní, břicho je měkké,



prohmatné, aperitoneální, děloha retrahovaná, laparotomie se hojí per primam intentionem. Příklad definitivně uzavřen jako listeriová septikémie bez zřejmého přenosu infekce intrauterinně na novorozence.

U porozeného dítěte po porodu nutná dechová podpora n-CPAP (po dobu 5 dní) pro známky RDS. Vzhledem k listerioze matky dítě přeléčeno dvojkombinací antibiotik (Ampicillin + Gentamicin), bez klinických známek infekce. Vstupní laboratoř v normě, výtěry opakovaně negativní. Pro hypotonii provedeno neurologické vyšetření se závěrem centrální hypotonický syndrom nejasné etiologie. Novorozenec propuštěn z neonatologického oddělení 10.12.2013 v dobrém klinickém stavu, hmotnost při propuštění 2490 g.

#### Závěr

Listerióza je závažné, řídké se vyskytující infekční onemocnění způsobené konzumací potravin obsahujících bakterii *Listeria monocytogenes*. Onemocnění postihuje především těhotné ženy, novorozence a imunodeficientní pacienty. Zatímco u těhotných žen listerióza obvykle probíhá subklinicky jako horečnaté onemocnění se střevními obtížemi, u novorozenců infikovaných žen může dojít k vážnému postižení nervového systému. Těhotenství často končí předčasným porodem či porodem mrtvého plodu. Dojde-li k infekci v časně fázi těhotenství, může dojít k potratu. Specifická prevence proti listerioze neexistuje. Snížení rizika onemocnění se shoduje s obecnou prevencí alimentárních onemocnění. Včasná zahájení intenzivní léčby má dobré výsledky. Jestliže není onemocnění včas rozpoznáno, je mortalita až 90%. Včasná diagnóza a terapie snižují mortalitu až o 50%. I přes často nespecifické klinické příznaky je třeba u těhotných žen na toto závažné onemocnění myslet.

## 5. 9. Magnetický piercing v trávicím traktu

MUDr. Dagmara Lesňáková

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., Chirurgické odd., U Nemocnice 380/III, 377 38 Jindřichův Hradec  
lesnakovadagmara@gmail.com

#### Úvod

- cizí tělesa v tenkém a tlustém střevě, konkrétně 3 magnetické kuličky (piercing na jazyku)
- dekubitální nekróza stěny střeva způsobená přitážením kuliček přes stěnu střeva k sobě
- laparoskopická revize a ošetření

#### Kazuistika

Pacientka (14let) hospitalizovaná pro abdominální koliku, bolesti v pravé bederní krajině. Nejdřív pomýšleno na renální koliku. Na RTG ale zjištěny magnetické kuličky ve střevě. Následně pacientka jejich spolknutí přiznává a po několika dnech uvádí, že spolkla celkem 3, nejprve 1 a za dny poté další dvě. Opakovaně kontrolována poloha kuliček RTG, UZ, CT kde se jejich lokalita nemění. Zobrazují se jako „vláček“ o třech částech za sebou. Předpoklad lokalizace terminální klička ilea. Ani na 5. den dle zobrazovací metody (RTG nativ **břicha**) **nedošlo k pohybu kuliček v trávicím traktu, nelze vyloučit, že jsou kuličky sepnuty přes stěnu střevní**. U pacientky přetrvává bolest břicha v pravém podbříšku, bez. zn. peritoneálního dráždění. Indikována k lprsc revizi. CRP před výkonem nízké, 24. Při revizi nalezené stěny terminální kličky ilea a céka přitážené kuličkami k sobě, **těsně před perforací, ještě intaktní sliznice** (1 kulička v céku, 2 v ileu). Provedená enterotomie **céka, extrakce a sutura, poté stejný postup na ileu. Vše provedeno laparoskopicky. Vzhledem k nálezu na céku byla připojena appendektomie**. Pooperační průběh byl bez komplikací. Pasáž spuštěná. Pacientka byla propuštěná domů.

## 1. 1. OPSI u řádně očkovaného pacienta

MUDr. Stanislav Červíček, MUDr. Pavel Timr, MUDr. Vladislav Smrčka

Dětské oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., 387 876 301

detske@nemcb.cz

### Úvod

Slezina není vitálně důležitý orgán, ze všech jejích funkcí je však jedna nezastupitelná- vykonává opsonizaci a fagocytózu opouzdřených bakterií, tj. Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae. Všichni pacienti s porušenou nebo zaniklou funkcí sleziny jsou proto v celoživotním riziku infekcí těmito mikroorganismy, které probíhají pod obrazem Fulminantní sepse splenektomovaných- Overwhelming post-splenectomy infection- OPSI. V 90% je původce Str. pneumoniae. Nebezpečnost toto stavu spočívá zejména v rychlé progresi od prvních příznaků k rozvoji sepse, MODS, šoku a smrti. Často má neurčitelnou lokalizaci, primární fokus infekce nelze zjistit. Mortalita je 50–70% během prvních 24h. Trvalá péče o splenektomované a hyposplenické pacienty spočívá zejména v jejich řádné vakcinaci. Kontroverzní je otázka dlouhodobé ATB profylaxe, jejích přínosů a rizik. V ČR se paušálně doporučuje pouze u dospělých pacientů po dobu 2 let po splenektomii a u imunosuprimovaných a onkologických pacientů. U dětí jsou názory na mnoholetou nebo trvalou profylaxi různé.

### Vlastní kazuistika

P.P. je sedmnáctiletý mladý muž s nevýznamnou rodinnou anamnézou. Před dvěma roky měl úraz na kole, při kterém si přivodil rupturu sleziny, kvůli které musel podstoupit splenektomii. Od té doby je jeho péče řádně vedena cestou praktického lékaře- má všechna povinná očkování, navíc Pneumo 23, FSME, meningokok, chřipku. Před třemi měsíci ukončil ATB profylaxi Penicilinem V, která je paušálně doporučována dva roky po splenektomii, navíc podle některých doporučení jen u dětí do 15 let. Vzniku OPSI předcházely tři dny prodromální příznaky- subfebrilie a febrilie kolem 38°C dobře reagující na antipyretika, ojedinělé zvracení a bolest hlavy. Třetí den hned po ranním probuzení opakovaně zvracel, TT 39,6°C, při posazení výrazné vertigo, nausea. Matka volala RZS, transport na DeO. V klinickém obraze dominují silně pozitivní meningeální příznaky, na otázky odpovídá s latencí, ale plně lucidně, přiléhavě. Po přijetí na JIP jeho stav vědomí rychle progreduje do somnolence, proto je urgentně provedena lumbální punkce a empiricky nasazen Ceftriaxon a Herpesin. Z laboratorních výsledků: likvorologický obraz masivní purulentní meningitidy, krevní obraz a biochemie krve potvrzují bakteriální infekci s extrémně zvýšeným IL-6: 945ng/l. Jako původce byl určen Str. pneumoniae, zprvu v likvoru, proto byla léčba změněna na PNC G, později Str. pneumoniae zjištěn i v hemokultuře. Na zavedené terapii se stav rychle upravil, postupně se jeho klinický stav zlepšoval, klesaly zánětlivé parametry. Dodatečně byl serotypizací určen kmen Str. pneumoniae 23A, v likvoru i v hemokultuře, který není obsažen ve spektru 23valentní polysacharidové vakcíny. Po celkem 10 dnech i.v. ATB terapie konverze na PNC V, nejdříve v terapeutické dávce, poté v profylaktické, kterou bude užívat do konce života. Včasnou agresivní léčbou se dosáhlo plného uzdravení pacienta bez trvalých následků.

### Podněty k diskusi, závěr

Trvalá chemoprofylaxe proti pneumokokům má své argumenty pro i proti.

Pro: Polysacharidová vakcína proti Str. pneumoniae pokrývá 23 z celkem více než 90 kmenů, z nichž 20% jsou zcela běžní původci komunitních infekcí. Navíc je zde riziko nedostatečné imunogenicity a tím i nedostatečné imunitní odpovědi, která je dána biochemickou povahou vakcíny.

Proti: Riziko rozvoje nesnášenlivosti ATB. Riziko selekce mikrobiální flóry těla a následná kolonizace rezistentními mikroby. Riziko indukce resistance bakteriálních kmenů.

V tomto případě byla zvolena následná doživotní ATB profylaxe, protože přínosy jasně převažují vysoké riziko opětovného vzniku OPSI. Trvalá chemoprofylaxe je součástí mnoha guidelines vydávaných odbornými společnostmi v Západní Evropě a v Severní Americe.

## 1. 2. Double-hit“ lymfom - specifický typ lymfomu s charakteristickými klinickými znaky

Scheinost O.<sup>1</sup>, Vondráková J.<sup>2</sup>, Dušková L. 1, Hynková J. 1, Landová P. 1, Šímová E. <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratoř molekulární biologie a genetiky, Nemocnice České Budějovice, a.s.

<sup>2</sup> Laboratoř klinické chemie, hematologie a imunologie, Nemocnice České Budějovice, a.s.

B. Němcové 585/54, 37001 České Budějovice

osche@nemcb.cz

Double hit lymfomy (někdy také česky „lymfomy se dvěma zásahy“) tvoří specifickou skupinu B-lymfomů, která je s molekulárně genetického hlediska definována aberacemi genů BCL2 a c-myc. Tyto lymfomy stojí i morfologicky a fenotypicky na pomezí Burkittova lymfomu a difusního velkobuněčného B lymfomu. Silná stimulace buněčného cyklu a rezistence k apoptóze jsou příčinou charakteristických klinických projevů – rezistence ke standardní terapii, velké agresivity nádoru, postižení extranodálních míst a CNS, vysokého rizika relapsu a krátkého celkového přežití. Na tuto relativně novou jednotku je třeba myslet při péči o pacienta s uvedenými znaky. Prezentace bude navíc zaměřena na management péče o pacienta s lymfomem během hospitalizace v nemocnici.

Pacient (muž, 56 let) byl 9. 6. 2014 odeslán obvodním lékařem k hospitalizaci na interní oddělení nemocnice pro uzlinový syndrom, patologii v krevním obrazu (anemie, leukopenie), váhový úbytek, dušnost, noční pocení. Zde indikováno RTG srdce a plic, později doplněné CT hrudníku a břicha (generalizovaná lymfadenopatie, 2 ložiska v parenchymu plic) a exstirpace uzliny. Propuštěn 13. 6., objednan ke kontrole na onkologické oddělení 17. 6. O den později provedena trepanobiopsie, pro progredující leukocytózu přeložen na interní odd. IMP do péče hematologa. Pro pokračující vzestup leukocytů zahájena předléčba kortikoidy a vincristinem, po laboratorních výsledcích (histologie – difusní velkobuněčný lymfom, genetika – double hit lymfom s komplexní změnou karyotypu; základní maligní klon s t(14;18), sekundární klon se

zlomem c-myc (8q241) + další změny genomu) podán modifikovaný protokol CHOP. Dne 4. 7. pacient propuštěn domů subjektivně zlepšen s klinicky tolerovanou pancytopenií. 9. 7. kontrola s dobrými výsledky. 15. 7. pacient přijat se zhoršením stavu (dušnost, dehydratace), extrémně progredující leukocytózou (během 6 dnů z 9,8 na  $143 \times 109/l$ ). 2. cyklus chemoterapie CHOP komplikován tumor lysis syndromem a renální insuficiencí, později sepsí. Přes intenzivní suportivní a symptomatickou terapii zhoršování klinického stavu, exitus letalis 4. 8. 2014. Double hit lymfomy jsou novou diagnostickou jednotkou, jejíž důležitými znaky je velká agresivita a rezistence ke standardní terapii. Právě proto na tuto diagnózu musí myslet jak pracovníci laboratoře, tak ošetřující lékaři. Otázkou je optimální management pacientů s lymfomem (v Nemocnici České Budějovice, a.s. oddělená péče o agresivní a indolentní lymfomy).

### 1. 3. PCR diagnostika infekčních agens - zajímavé záchyty u myokarditid

**Mgr. Pavel Trubač, Ing. Natalja Piskunova, CSc., Mgr. Ondřej Scheinost, Doc. Mudr. František Vorel CSc.**

*Laboratoř molekulární biologie a genetiky, Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 54, 370 01 České Budějovice*

Myokarditida patří mezi závažné onemocnění, které je charakterizováno zánětlivou infiltrací srdečního svalu. Klinické projevy mohou být velice různorodé – od asymptomatického stavu po rychle probíhající onemocnění vedoucí ke kardiálnímu selhání. Infekční myokarditidy jsou způsobené celou řadou virových, bakteriálních a v neposlední řadě i parazitárních a mykotických agens. U virových myokarditid lze celý proces patogeneze rozdělit do tří fází – virová fáze, při které dochází ke vstupu viru do organismu většinou gastrointestinálním či respiračním traktem, fáze autoimunitní a následná dilatační kardiomyopatie. Diagnostický proces je díky heterogenitě klinických projevů poměrně složitý. Jedním z možných nástrojů pro určení etiologie je PCR diagnostika z biopsie myokardu.

PCR diagnostika je založena na amplifikaci virové nukleové kyseliny (DNA, RNA). Tato metodika byla použita při analýze materiálů (srdce, průdušnice) odebraných při pitvě u dvou dětských pacientů s pravděpodobnou akutní myokarditidou. Provedli jsme PCR pro široké spektrum virových agens. V obou případech jsme detekovali v srdečním svalu přítomnost virové RNA rhinoviru. Patologické vyšetření potvrdilo diagnózu myokarditidy.

I když rhinovirus (podobně jako enteroviry) patří mezi picornaviry, které bývají jedním z častých původců myokarditid, nebyla v literatuře zatím mnohokrát publikována jeho detekce v myokardu. Naše nálezy se ukázaly být velice užitečné při finálním stanovení diagnózy virové myokarditidy, která byla v těchto případech příčinou úmrtí. Do budoucna by bylo možné použít PCR vyšetření z biopsie myokardu (EMB).

### 1. 4. Kožní projevy infekce GBS

**MUDr. Tadeáš Abrman**

*Neonatologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.*

#### Úvod

Vzácná kožní infekce GBS

#### Kazuistika

Dítě narozené s.c. ve 26 g.t. s porodní hmotností 840 g. Stěry z ucha a axily kultivačně GBS negativní. Matka ve výtěrech z pochvy – GBS negativní. U dítěte vstupní náběry v normě, bez známek infekce. Na JIP hospitalizace bez nápadností. 42. Ve výtěrech z úst kolonizace GBS – typ V. 45. Den zhoršení klinického stavu, přibývání desaturací, apnoické pauzy. CRP 112 mg/l. Hemokultura negativní. Po nasazení ATB normalizace klinického stavu i laboratorních hodnot. Den 70. se objevuje mapovitý erytém v podkoží, který se rychle šířil do okolí. Zhoršení příjmu potravy. Porucha periferního prokrvení, nepravidelné dýchání, tachypnoe. CRP 125 mg/l. Z hemokultury vykultivován GBS – serotyp V. Po nasazení ATB léčby opět úprava klinického stavu i laboratorních hodnot. Dítě propouštěno 82. den v dobrém stavu do ambulantní péče.

#### Závěr

Vertikální přenos jsme neprokázali. Jednalo se o vzácnou kožní manifestaci v rámci pozdní sepse. Ta se projevuje bakteriemií s fokusem či bez něj. K infekci došlo na stanici IMP – rooming. GBS je častým původcem časných sepsí, ale může se uplatnit též u horizontálně přenosných infekcí (nozokomiálních).

### 1. 5. Henoch Schönleinova purpura

**MUDr. Lenka Studenovská**

*Nemocnice České Budějovice a.s., B. Němcové 585/54, 370 01 ČB*

#### Úvod

Kazuistika ukazuje případ 5letého chlapce přijatého na Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. v květnu 2014 pro Henoch Schönleinovu purpuru s komplikovaným průběhem.

#### Vlastní kazuistika

Chlapec byl přiveden matkou na Dětské oddělení pro výsev purpury a bolestivost dolních končetin, pro kterou odmítal chodit. Průběh hospitalizace byl komplikován opakovanými výsevy purpury, hematurií, okultním krvácením, krvácením do skrota a opakovanou spontánní perforací bubínku levého ucha. Během hospitalizace byl chlapec léčen NSA, po zkomplikování průběhu onemocnění otokem skrota byla

zahájena terapie kortikoidy. Celkově byla třeba ATB terapie z důvodu opakované spontánní perforace bubínku levého ucha. Kvůli světloplachosti a bolestem hlavy, které se po několika dnech náhle objevily, jsme se obávali závažné komplikace – intrakraniálního krvácení. Proto byla chlapci podána mražená plazma. Celková doba hospitalizace byla téměř měsíc. Po propuštění do domácí péče došlo ještě jednou ke kožnímu výsevu, močový nález byl dále již v normě. Nyní je chlapec sledován ambulantně.

#### Závěr

Prezentovaný případ popisuje typický průběh Henoch Schönleinovy purpury, i s rozvojem komplikací. Etiologie onemocnění není zatím jasná, proto mu nelze předcházet. Nejdůležitějším úkolem při stanovování diagnózy je odlišit HSP od meningokokové infekce, která by mohla mít fatální následky. Dále je třeba vyloučit purpuru způsobenou trombocytopenií. 1. projevem HSP může ale také být náhle vzniklá bolest břicha, kdy se petechie vysévají až dodatečně. V takovém případě je třeba odlišit náhlou příhodu břišní. Při nekomplikovaném průběhu stačí symptomatická léčba, v případě komplikovaného průběhu lze podat kortikoidy. Ale názory na podávání kortikoidů nejsou jednotné. Doporučují se krátkodobě při postižení GITu. Avšak ani podávání kortikoidů nezabrání rozvoji renálních komplikací. Onemocnění trvá 3–4 týdny, u 1/3 dětí dochází k relapsům.

## 2. 1. Jaká může být příčina levostranné hemiparézy a akutní ischemie pravé horní končetiny?

MUDr. Jalůvková Markéta

Nemocnice Písek a.s., interní oddělení, Karla Čapka 589, Písek, 397 01

e-mail: Jalum@seznam.cz

#### Úvod

V prezentaci se zaměřujeme zejména na rizikové faktory, diferenciální diagnostiku, částečně i léčbu akutní ischemie mozku a ischemie horní končetiny u polymorbidní pacientky.

#### Kazuistika

Předkládáme kazuistiku 82leté polymorbidní pacientky, která byla přivezena pro levostrannou hemiparézu, expresivní fatickou poruchu a desorientaci. Na provedeném nativním CT mozku nebylo prokázáno akutní intrakraniální krvácení či čerstvá ischemická léze. Nemocná byla přijata pro suspektní ischemickou cévní mozkovou příhodu na podkladě léze v arteria cerebri media vpravo. Z rizikových faktorů se v osobní anamnéze pacientky vyskytuje nikotinismus, esenciální hypertenze, dyslipoproteinemie. Známá je povšechná ateroskleróza, pacientka je po amputaci dolních končetin pro ischemickou chorobu, před více než deseti lety překonala infarkt myokardu přední stěny, 3 měsíce před hospitalizací infarkt spodní stěny, ošetřený perkutánní koronární intervencí s implantací metalického stentu do arteria coronaria dextra. Pacientka vzhledem k věku nebyla indikována k podání akutní trombolýzy. Na konzervativní léčbě se jen částečně zlepšila, ovšem přetrvává fatická porucha i levostranná hemiparéza, následně se rozvíjí febrilie při akutní bronchopneumonii. Šestý den hospitalizace si nově stěžuje na bolest v pravé ruce, akčně je paže bledá, chladná, s nehmátnými pulzacemi na arteria radialis, vysloveno podezření na akutní končetinovou ischemii. Vše objektivizováno zobrazovacími metodami. Následně byla indikována k chirurgické intervenci, úspěšně provedena embolektomie Fogartyho katetrem. Vzhledem k celkovému stavu a komorbiditám nebylo možné řešit přímo zdroj embolizací, postupováno konzervativně, zahájena antikoagulace nízkomolekulárním heparinem. Po opakovaných embolizacích do horní končetiny dochází ke gangréne ruky a předloktí, pacientka později umírá. Záměrně nyní nepopisujeme blíže lokalizaci zdroje opakovaných embolisací.

#### Závěr

Poměrně velkou část ischemických mozkových příhod je kardioembolického původu, nejčastějším zdrojem je trombus v oušku levé síně při fibrilaci síní ( u naší pacientky fibrilace síní nebyla zaznamenána, ale vzhledem k věku a polymorbiditě je na ni nutné v širší díf. diagnostice také myslet). Méně často bývá zdrojem trombus v levé komoře ( pacientka byla riziková i z tohoto hlediska, v osobní anamnéze se vyskytovaly opakované infarkty myokardu). Ojediněle je příčinou jiná etiologie (např. infekční endokarditida, myxom, paradoxní embolizace přes otevřené foramen ovale...), kterou jsme u pacientky nepředpokládali. Extrakardiální lokalizace trombů s periferní embolizací jsou méně časté. V kazuistice popisujeme a dokumentujeme ojedinělou lokalizaci zdroje embolisací, který nešlo vyřešit chirurgicky ani intervenčně. Kazuistika je sice ojedinělá, avšak pokud si uvědomíme na první pohled nesouvisející klinické příznaky, je určení lokalizace zdroje embolů velmi suspektní. V případě dobrého biologického stavu pacientky by byla možnost kauzálního řešení.

## 2. 2. Vaskulitida velkých tepen – podceňovaná diagnóza?

MUDr. Lucie Jiskrová, interní odd. nemocnice Písek a.s., Karla Čapka 589, Písek 397 01

Email: popelka13@centrum.cz

#### Úvod

Kazuistika popisuje případ dvou pacientek s vaskulitidou velkých tepen. Prací bychom chtěli poukázat na to, že na tuto diagnózu často zapomínáme. Kazuistika také zdůrazňuje postavení sonografie v diagnostickém procesu vaskulitid.

#### Kazuistika

Pacientka, 65 let, přijata na naše oddělení k vyšetření horečky nejasného původu. Předcházelo ambulantní vyšetřování i hospitalizace na infekčním oddělení, původ teplot však neobjasněn. Na našem pracovišti doplněna další vyšetření. Mimo jiné pak byla v rámci vyloučení infekční endokarditidy provedena i transtorakální echokardiografie – s nálezem lehce dilatované ascendentní aorty – v oblouku aorty byl přítomen

kalcifikovaný plát a další měkká echa. Pro tento ne zcela jasný nález pokračováno ve vyšetření duplexní sonografií velkých cév. Nalezen ztlustělý dlouhý úsek a. carotis communis vlevo ( tzv. halo fenomén ), současně v krátké ose nabývala céva semilunárního tvaru. Podobné byly i nálezy na ostatních tepnách: a. subclavia sinistra, aorty ascendenní a descendenní, změny i v přilehlém oblouku aorty. Se závěry těchto vyšetření vysloveno podezření na vaskulitidu velkých cév. Na PET – CT se následně diagnóza potvrdila – popsán difúzní hypermetabolismus ve stěně hrudní i břišní aorty, oboustranně v arteria subclavia a karotidách, což potvrdilo diagnózu gigantocelulární arteritis velkých tepen. Druhá pacientka, 60let, byla u nás vyšetřována pro prekolapsový stav, dušnost. Laboratorně byla zjištěna normocytární normochromní anémie, kterou jsme dále vyšetřovali. Protože jsme již na vaskulitidu pomýšleli, doplnily jsme sono velkých cév. I zde byl pak zřetelný nález svědčící pro vaskulitidu velkých tepen.

#### Závěr

Za období 2013/2014 bylo dosud na našem pracovišti vyšetřováno 5 pacientek s prokázanou či suspektní vaskulitidou velkých tepen. Měli bychom na tuto diagnózu pomýšlet častěji? Diagnostika vaskulitid je velmi obtížný proces. Někdy bývá diagnóza pozdní, ve stadiu již nevratných změn, pravděpodobně proto, že nebývají vaskulitidy v diferenciální rozvaze vůbec zvažovány. Také neexistuje jednoznačná skupina příznaků a nálezů pro tato onemocnění, symptomatologie je velmi komplexní a rozsáhlá. Sonografie pak zastává významné místo v diagnostice a diferenciální diagnostice vaskulitid. Kromě nespecifických nálezů jako jsou stenózy a okluze tepen popisuje tzv. halló“ znamení. Vznik tohoto znamení je přisuzován edému cévní stěny- jeví se jako hypoechogenní zesílení lokalizované okolo cévního lumen. Sonografické vyšetření cév bychom měli zvážit vždy, když po několika dnech vyšetření za hospitalizace stále neznáme příčinu obtíží pacienta. Toto levné, v rukách zkušeného lékaře rychlé a pro pacienta nezatěžující vyšetření, nás může při dalším vyšetřování navést správným směrem nebo dokonce v některých případech pomůže přímo stanovit diagnózu.

## 2. 3. Změna terapeutického přístupu u pacienta s myelodysplastickým syndromem na základě průkazu deficitu transkripčního faktoru GATA-2

**Autoři: Hojdová I. <sup>1</sup>, Suková M. <sup>2</sup>, Formánková R. <sup>2</sup>, Mejstříková E. <sup>2</sup>, Timr P. <sup>1</sup>, Smrčková A. <sup>1</sup>, Starý J. <sup>2</sup>, Smrčka V. <sup>1</sup>**

*Autoři – působiště: <sup>1</sup> Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., <sup>2</sup> Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2. LF a FN Motol*

U (našeho) pacienta byla v r. 2011 stanovena diagnóza Myelodysplastického syndromu – refrakterní cytopenie (MDS – RCC). Vzhledem k mírné periferní cytopenii, absenci chromozomálních přestavb v hematopoetických buňkách a absenci HLA-identického příbuzenského dárce, nebyl indikován k transplantaci krevetvorných buněk. V krevním obraze přetrvávala mírná pancytopenie, ale bez nutnosti podávání transfuzí. Byl bez známek nemoci a podle současného doporučení byl pravidelně monitorován.

Po publikování prací o deficitu transkripčního faktoru GATA-2, bylo doplněno cílené molekulární vyšetření. Průkaz mutace GATA-2 v hematopoetických buňkách byl důvodem k indikaci MUD-SCT (nepříbuzenské transplantace).

Transkripční faktory GATA 1–3 mají význam v regulaci krevetvorby. Faktor GATA-2 je důležitý pro homeostázu kmenových a pluripotentních buněk.

Od roku 2010, kdy bylo poprvé popsáno onemocnění v souvislosti s mutací GATA2, publikovalo už několik pracovních skupin své zkušenosti s uvedenou poruchou. Z dosavadně uveřejněných prací je zřejmé, že u pacientů častěji dochází k vzniku MDS/AML a většina z nich, bez ohledu na stav krevetvorby, se léčí s recidivujícími infekcemi. Její detekce u pacienta by proto měla vést k monitorování krevetvorby a v případě progresu do MDS by měla být důvodem pro časně rozhodnutí o provedení alogenní transplantace.

## 2. 4. Příběh mladého muže s epilepsií

**MUDr. Ivona Markvartová**

*Neurologické oddělení Nemocnice Strakonice a.s., Radomyšlská 336, Strakonice*

*email – ivonamartinkova@seznam.cz*

Kazuistika popisuje klinický obraz, rozvoj potíží, diagnostiku a zvažovanou diferenciální diagnostiku u mladého muže s epileptickými záchvaty s pozitivní rodinnou anamnézou epilepsie u sestry (u níž došlo k rozvoji onemocnění ve 26. letech) s rok progredujícím víceložiskovým postižením CNS.

Kazuistika pojednává o mladém muži ročník 1975 s negativním osobní anamnézou, u kterého došlo k rozvoji prvního epileptického záchvatu v 6/2012. V 12/2012 prodělal epileptický status, nasazena antiepileptická terapie valproátem. Topický neurologický nález v normě, CT mozku i EEG včetně spánkové deprivace bez patologie. V 1/2013 první zmínka o tremoru HK, spíše zvažována poléková etiologie, nicméně přidružují se další změny v neurologickém nálezu – tremor hlasu, zadržávání v řeči, anxiózně – depresivní symptomatika, pozvolný rozvoj poruchy rovnováhy, mozečkových příznaků. V 1/2013 MRI mozku s nálezem vzhledem k věku pokročilé korové atrofie. V 3/2013 psychologické vyšetření se středně těžkým mentálním a mnestickým deficitem, sníženou asociační, vizuální a prostorovou pamětí, úzkostnou poruchou. Souhrnně tedy během roku 2013 došlo k rozvoji vestibulocerebellárního postižení, nakupejí epileptických záchvatů, hyperkinetického syndromu. V rámci vstřícné spolupráce s vyšším pracovištěm Neurologickou klinikou 2.LF UK a FN Motol přijat k superkonsiliárnímu pobytu v 12/2013, zde absolvoval řadu podrobných vyšetření – vyloučení Wilsonovy choroby, spinocerebellární ataxie, vaskulitid, onkoscreening, kontrolní MRI mozku 2/2014 s nálezem difúzní korové atrofie s naznačeným vyšším signálem v hippokampech bilaterálně, mozaika na limbické encefalitidy v séru negativní, anti-GAD pozitivní z likvoru. Definitivní diagnóza stanovena v 3/2014, podána intravenózní kortikoterapie

s přechodem na perorální formu.

V rámci diferenciálně diagnostické úvahy zvažována zprvu idiopatická epilepsie (pozitivní rodinná anamnéza – sestra léčena pro epilepsii od 26 let věku), s progredujícím víceložiskových postižením CNS – progresivní myoklonická epilepsie s ataxií, Wilsonova choroba, autoimunitní encefalitida či jiné?

Existují však i onemocnění, která jsou vzácnější a v dnešní době je v rámci diferenciální diagnostiky musíme zvažovat, zejména pokud jde o subakutní rozvoj obtíží s přidruženou řadou symptomů ať z neurologické tak psychiatrické oblasti. Případ mladého muže končí diagnostikovanou autoimunitní encefalitidou asociovanou s anti-GAD protilátkami.

## 2. 5. Limb shaking syndrom – vzácná klinická manifestace tranzitorní ischemické ataky

MUDr. KUNÁŠ Zdeněk<sup>1</sup>, MUDr. REISER Martin<sup>1</sup>, MUDr. OSTRÝ Svatopluk Ph.D.<sup>2,3</sup>

<sup>1)</sup> Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s. <sup>2)</sup> Neurochirurgické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.

<sup>3)</sup> Neurochirurgická klinika 1. LF UK, IPVZ, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

### Úvod

Tranzitorní ischemická ataka (TIA) je v současnosti definována jako náhle vzniklý neurologický deficit způsobený přechodnou poruchou lokální perfuze mozku. Arbitrární trvání klinických projevů je stanoveno na ≤ 24 hodin s plnou restitucí poruchy při absenci ischemického ložiska na zobrazovacích vyšetřeních. Nejčastějšími projevy bývají hemipareza, hemihypestezie, fatická porucha či porucha zraku (hemianopie, amauróza). Obvyklé trvání je < 1 hodina.

Limb shaking syndrom (LSS) je výjimečným příznakem cerebrovaskulárního onemocnění. Klinická manifestace odpovídá nejčastěji hemodynamické cévní mozkové příhodě, epileptickému záchvatu, nebo extrapyramidovému syndromu. Projevuje se jako relabující paréza a neobratnost končetiny, mimovolní záškuby nebo dystonie. Běžně, nikoliv však výhradně, se příznaky vyskytují na horní končetině. Opakují se obvykle několikrát denně.

U hemodynamických příčin mohou být projevy vázány na pokles systémového tlaku a/nebo redistribuci krve např. postprandiálně. Mohou se kombinovat s dalšími příznaky odpovídajícími TIA. Hemodynamický LSS bývá také označován jako Limb shaking TIA (LS-TIA). Ve většině případů je LS-TIA asociován s těsnou stenózou nebo okluzí vnitřní karotidy. Pacienti s LS-TIA jsou ve vysokém riziku rozvoje ischemické cévní mozkové příhody (iCMP). Přesná diagnostika a adekvátní zákrok (endarterektomie (CEA), nebo EC-IC bypass) přináší dramatickou redukci rizika rozvoje iCMP.

### Vlastní kazuistika

Prezentujeme zde případ 62leté pacientky. Z osobní anamnézy: arteriální hypertenze, diabetes mellitus II. typu na PAD, obezita, st.p. (CEA) a. carotis interna vpravo (RICA) z r. 1999, přečtená levačka.

Od března 2014 pacientka udává pravidelně i několikrát denně recidivující záškuby, třes a neobratnost LHK v trvání několika minut. V době vzniku obtíží vyšetřena ambulantně vč. EEG, které bez záchytu epileptiformní aktivity. Nasazená antiepileptika bez efektu na průběh a frekvenci atak.

10.6.2014 přijata na Neurologické oddělení Nemocnice České Budějovice pro TIA charakteru afazie. Při přijetí již bez známek neurologického deficitu.

Vstupní CT mozku nativně neprokazuje čerstvou ložiskovou patologii. Na CTAG byla zjištěna hraniční stenóza proximální a. basilaris, nevýznamná restenóza RICA < 50% po CEA, tandemová okluze RICA intrakraniálně v oblasti karotického sifonu (C1). Nález verifikován UZ vyšetřením vč. transkraniální Dopplerovské ultrasonografie.

Doplněna DSA – s nálezem kolaterálního plnění a. cerebri media vpravo (RMCA) výhradně cestou leptomeningeálních spojek z pravostranných povodí a. cerebri anterior a a. cerebri posterior.

V průběhu hospitalizace bez recidivy afazie, epizody charakteru LSS nadále přetrvávají. V rámci diferenciálně diagnostické rozvahy pomýšlelo na LS-TIA, proto indikováno vyšetření cerebrovaskulární rezervní kapacity (CVRC) mozkového řečiště. Perfuzní CT mozku, MR NOVA (non-invasive optimal vessel analysis) nativně a po zátěži Diamoxem souhlasně prokázaly vyčerpanou CVRC v povodí RMCA. Video-EEG vyšetření vyloučilo epileptickou příčinu příznaků LSS.

Klinické projevy v korelaci s výsledky provedených vyšetření diagnosticky uzavřeny jako LS-TIA, nález byl indikován k akutnímu EC-IC bypassu vpravo. Operační zákrok proběhl bez komplikací, bez vzniku nového neurologického deficitu. 2. pooperační den se objevila ojedinělá ataka TIA z povodí RMCA charakteru parestézií levostranných končetin, příznaky LSS odezněly plně. Časné pooperační perfuzní CT a MR NOVA potvrzuje zvýšení CVRC v povodí RMCA.

### Závěr

Klinické projevy LSS byly projevem regionálního hemodynamického kompromisu mozkové perfuze v povodí RMCA s vyčerpanou CVRC při okluzi distální RICA. Klinický ústup příznaků po akutním EC-IC bypassu je plně v souladu s restitucí CVRC. Další maturace průtokových parametrů je předpokládána a je předmětem dalšího sledování.

## 3. 1. Malárie i rok po návratu

### L. Práznovská

Infekce, nemocnice Č. Budějovice, a.s., B. Němcové 54, 370 01, České Budějovice

Při záchvatovité horečce a pozitivní cestovatelské anamnéze tropických oblastí nutno pomýšlet na malárii. Inkubační doba obvykle kolísá od 1 do 6 týdnů, nicméně se může výjimečně projevit i měsíce až roky po návratu. Tato kazuistika popisuje právě tento případ.

Pacient, který před rokem cestoval 3 týdny v západní Africe (Burkina Faso), se dostavil pro 6 dnů trvající záchvatovité horečky s bolestí hlavy. Antimalarickou profylaxi (Lariam) užíval. Během pobytu a po návratu byl bez teplot. Nedávno se vrátil z turistického pobytu v Bosně. Krevním nátěrem byla prokázána diagnóza malárie s parazitémií 0,2%. Vstupně bylo podezření na Plasmodium vivax, vzorky zaslány do NRL, přehodnoceno jako Plasmodium ovale. Pacient byl přeléčen meflochinem (Lariam). Nastává pokles parazitémie a normalizace krevního obrazu. V posledním krevním nátěru byl nález hodnocen jako negativní, vyskytly se pouze ojedinělé trofozoiti. Zahájena antirelapsová terapie (Primaquine), první dávka podána za hospitalizace. Další vývoj byl bez komplikací.

Tato kazuistika popisuje benigní průběh malárie. Poukazuje na důležitost dobře odebrané anamnézy a správné diagnostiky. Antimalarická profylaxe a preventivní opatření jsou při pobytu v endemických oblastech nezbytné. Proto by měly cestovatelé do tropických a subtropických oblastí před odjezdem vyhledat poradenství. Další problematikou je rozvoj rezistence, který vzniká v důsledku komplikované situace v těchto rozvojových zemích.

### 3. 2. Není perikarditida jako perikarditida

MUDr. Jana Havelková

interní odd. Nemocnice Písek, a.s., Karla Čapka 589  
J.Prokopiusova@seznam.cz

#### Úvod

V kazuistice je popsán diagnostický proces u 42letého nemocného s atypickým průběhem angiosarkomu srdce původně imponujícím jako exsudativní perikarditida.

#### Cíl práce

Exsudativní perikarditida je často diagnostikované onemocnění s dobrou prognózou. Naopak sarkomy srdce jsou ojedinělé ale prognosticky velmi závažné. Cílem práce je poukázat na atypický průběh angiosarkomu srdce, který zpočátku imitoval exsudativní perikarditidu.

#### Vlastní popis případu

42letý nemocný přijat na interní oddělení Nemocnice Písek v březnu 2013 pro progredující dušnost a pleurální bolesti. Týden léčen praktickým lékařem pro angínu. V úvodě podezření na plicní embolii, proto provedena CT angiografie plicního řečiště, kde byl vedlejším nálezem perikardiální výpotek a emfyzém pravé plíce. Ve fyzikálním nálezu zvětšená játra o 2cm, jinak bez nápadností. EKG s nálezem sinusové tachykardie. Laboratorně zvýšené zánětlivé markery: CRP maximálně 176mg/l, FW 85/105, leukocytóza, autoprotilátky a virologie s negativním nálezem.

Echokardiograficky zjištěn rozsáhlý perikardiální výpotek. U pacienta zvažována idiopatická exsudativní perikarditida se sekundárními fibrinovými nálety (později echokardiograficky nález hypoechogenního útvaru v perikardu kolem pravé síně), diferenciativně diagnosticky zvažována i autoimunní perikarditida v rámci polyserozitidy (sonograficky dikrétní pleurální výpotky), imunologické vyšetření ale neukázali na žádnou konkrétní nemoc pojiva. Pacient léčen nesteroidními antirevmatiky a antibiotiky. Postupně při kontrolách (v průběhu hospitalizace a krátce po ní) došlo k úplné regresi perikardiálního výpotku, regresi pleurálních výpotků a významné regresi hypoechogenního útvaru v perikardu. Na další doporučené kontroly se pacient nedostavil (kromě jiného se plánovalo dorešit plicní emfyzém na vyšším pracovišti).

O 8 měsíců později byl přijat s dušností. V této době diagnostikovaný rozsáhlý perikardiální výpotek s rozsáhlými infiltracemi intraperikardiálně – kolem pravé síně přítomen 8 cm hypoechogenní útvar, dalším dovyšetřením zjištěna perforace stěny pravé síně a komunikace s perikardiálním vakem, pleurální výpotek vpravo. U pacienta vysloveno podezření na primární maligní tumor perikardu.

V průběhu hospitalizace opakovaně punkce pleurálního výpotku, cytologie stran malignity negativní. Postupně progresse stavu, klidově dušný. Pacient dále dovyšetřován na vyšším pracovišti, kde doplněno PET/CT- zde objemné tumorózní hmoty perikardu, komunikace s pravou síní, lymfadenopatie mediastina, jaterního hilu, postižení sleziny, plic, kostní dřeně.

Provedena biopsie: uzlin, tonsil, kostní dřeň- bez zjištění nádorových buněk. Vzhledem k nejasnému procesu a vyčerpaným vyšetřovacím možnostem rozhodnuto o provedení chirurgické excize perikardu. Pooperačně rozvoj multiorganového selhání, 2 dny po té pacient zemřel. Definitivní diagnóza histologicky: angiosarkom s generalizací do plic, jater, sleziny a kostní dřeně, vedlejším nálezem lobulární emfyzém P plíce.

#### Závěr

Exsudativní perikarditida je zánětlivé onemocnění perikardu různé etiologie. V širší dif. diagnostice je potřeba uvažovat i o primárních nádorech perikardu i přesto, že se jedná o onemocnění vzácné. Angiosarkom srdce je nejčastější z primárních maligních nádorů srdce, typicky lokalizován v oblasti pravé síně. Častý je výskyt perikardiálního výpotku, vzácně ruptura stěny. Jde o onemocnění se závažnou prognózou, často diagnostikováno již ve fázi generalizace. V případě časně diagnózy je základem chirurgická léčba. I přes chirurgickou léčbu je prognóza špatná. V našem případě byl průběh maligní nemoci klinicky atypický- dvoufázový. Je otázkou, jestli měla na tento průběh dočasný vliv léčba nesteroidním antirevmatikem anebo ne. Je taky otázkou, jestli už na začátku diagnostického procesu nebyla nemoc ve stadiu generalizace (postižení pleur). V tom případě je 8 měsíční přežívání pac. bez léčby dost neobvyklé.

### 3. 3. Kalcifylaxe – komplikace chronického selhání ledvin

MUDr. Michaela Bergerová

Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice  
bergerova.michaela@nemcb.cz

**Úvod**

Pacientka z chronického dialyzačního programu s rozsáhlými defekty na dolních končetinách na podkladě kalcifylaxe.

Vlastní kazuistika

Kalcifikující uremická arteriopatie (CUA nebo též kalcifylaxe) je velmi závažnou komplikací chronického selhání ledvin s udávanou mortalitou (50–80%). Onemocnění je charakterizováno ischemickými kožními defekty vznikajícími na podkladě ukládání depozit vápníku do drobných cév – arteriol i venul.

Na našem pracovišti jsme se s touto komplikací setkali u 50leté pacientky se selháním ledvin na podkladě membranoproliferativní glomerulonefritidy I. typu. Pacientka je kuřačka, obézní (BMI=38kg/m<sup>2</sup>), diabetička na inzulinoterapii, trpí sekundární hyperparathyreózou a je na trvalé kortikoterapii pro blíže nespecifikovanou arthropatii. V pravidelném dialyzačním programu je zařazena od r. 2009.

V lednu 2013 si nemocná začala stěžovat na bolesti dolních končetin s hyperestézií kůže v oblasti bérců, kde byly patrné lividní pruhy s indurací podkoží. V průběhu dvou týdnů došlo ke vzniku puchýřů s jejich následným rozpadem a vznikem rozsáhlých nekrotických defektů s nafialovělým lemem bez hnisavé sekrece. Během následujících šesti měsíců se defekty rozšířily na celé dolní končetiny kromě prstů. Vzhledem k anamnéze pacientky bylo nutné diferenciálně diagnosticky vyloučit např. ANCA asoc. vaskulitidu, kryoglobulinémii, ICH-DK, atp. U nemocné byl dlouhodobě nedostatečně korigován Ca-P metabolismus. Provedenými vyšetřeními (RTG bérců a UZ DKK) byly prokázány rozsáhlé kalcifikace v měkkých tkáních a tepnách. Vzhledem k suspekci na ANCA asoc. vaskulitidu byla definitivní diagnóza stanovena až histologicky odběrem vzorku tkáně z defektu bérce, který potvrdil diagnózu kalcifylaxe.

Pro léčbu kalcifylaxe v současnosti neexistují speciální doporučené postupy, terapie spočívá v důsledné lokální léčbě defektů a v metabolické péči představující normalizaci kalcémie a fosfatémie v séru. U nemocné byla snížena koncentrace vápníku v dialyzačním roztoku (z 1,5mmol/l na 1,25 mmol/l), byly prováděny denní 5hodinové dialýzy, z medikace byly vysazeny veškeré léky s obsahem kalcia, byla nasazena kalcimimetika a nekalciové fosfátové vazáče v max. dávce. Vzhledem k výrazné bolestivosti defektů, která stěžovala lokální ošetřování, byl přechodně zaveden epidurální katetr k aplikaci opiátů. Dvakrát byla provedena nekrektomie ulcerací v celkové anestezii, přičemž v jednom případě byl stav komplikován rozvojem akutního plicního edému s nutností hospitalizace na ARO. Celková léčba pacientky trvala cca 15 měsíců, z čehož poslední 4 měsíce již probíhala aktivní rehabilitace s opětovným nácvikem chůze. V tuto chvíli jsou veškeré defekty na dolních končetinách plně zhojeny a v důsledku léčby došlo současně k výraznému váhovému úbytku nemocné, který byl jednou z podmínek pro zařazení pacientky na čekací listinu k transplantaci ledviny.

**Závěr**

Kalcifylaxe je onemocnění, se kterým se řada lékařů nikdy v průběhu své praxe neseťká. o to důležitější je však na tuto diagnózu pomýšlet, protože právě její stanovení a včasné zahájení komplexní terapie je klíčem k úspěšné léčbě. U pacientky z této kazuistiky se nemoc podařilo diagnostikovat včas a dlouhodobá léčba byla nakonec úspěšná, přestože v jejím průběhu se pacientka několikrát pohybovala na hranici života a smrti.

**3. 4. P-ANCA RPGN, komplikováno MRSA sepsí s artrití**

**MUDr. Ivo Petrášek**

Všeobecný praktický lékař, t.č. na stáží na interním odd. Nemocnice ČB, PK Jih – EAV Medical s.r.o., Matice školské 1786/17, České Budějovice 7, 370 07

ivo.petrasek@mensa.cz

**Úvod**

Tato kazuistika popisuje obtížnost diagnostiky p-ANCA pozitivní vaskulitidy, následný průběh léčby a přidružených komplikací.

**Kazuistika**

Sedmadesátidva letá pacientka s pestrá osobní anamnézou – hypertenze, hypothyreosa na substituci, CHŽI, stp. trombose PDK 2010, VCH-GD, herpes zoster ophthalmicus lat. dx. 2012, stp. APPE 1944, HYE 1995, stp. op. tříselné kýly, anální fisury a hemoroidů 2010, epilepsie GM t.č. v remisi bez léčby, gonarthrosis a omarthrosis lat. dx

Chronická medikace: Euthyrox, Betaloc SR, Atrovent, Tritazide, Detralex, Helides, Lusopress

Pacientka odeslána na interní odd. nemocnice ČB v listopadu 2013 pro měsíc a půl trvající dušnost při menší námaze, špatnou toleranci horizontály, postupný nárůst otoků dolních končetin. Všechnu potravu pacientka vnímá jako velmi slanou, nechutná ji jíst ani pít a každý den v 16 hodin má teplotu přes 38st.C s třesavkou se zimnicí. Začátek obtíží pacientka udává v létě roku 2013, kdy byla hospitalizována v Gmündu s inhalační terapií solemi pro bilaterální bazální pleuritis. Dokumentace z této hospitalizace není k dispozici, informace pochází od pacientky. Ve fyzikálním nálezu dominuje palpační bolestivost v epigastriu a bederní krajině vpravo a otoky dolních končetin do třísel. V laboratoři elevace zánětlivých parametrů, CRP 116mg/l, mikrocytární hypochromní anemie, sérový kreatinin 230umol/l a NT-proBNP 7000pg/ml. V močovém sedimentu mikroskopická hematurie, kultivačně negativní. Vstupní rtg hrudníku bez patologie, UZ břicha popisuje hepatopatii, cholecystolithiasu a degenerativní změny obou ledvin, více vyjádřené vpravo. Opakovaně odebíráme hemokultury s negativním nálezem, febrilie v 16 hod verifikuje ošetřovatelský personál. Přidáváme kličkovou diuretika s rychlým ústupem otoků a dušnosti, empiricky podáváme Augmentin i.v.. Dle metabolismu železa se jedná o anemii chronických chorob, pro obstrukci nelze stanovit KO. Vyšetření per rectum s normálním nálezem, provádíme kolonoskopii, gastrokopii, gynekologické vyšetření, nativní CT břicha a hrudníku, vše bez zjevné patologie. Erythrocyturie ve fázovém kontrastu popisuje 90% erythrocytů neglomerulárního původu, doplňujeme cystoskopii s normálním nálezem. Panel neomarkerů taktéž negativní, substituce krevními transfuzemi vede k subjektivnímu zlepšení dušnosti. Přes podávání širokospektrých ATB přetrvávají febrilie, CRP bez poklesu, PCT a CD64/16 negativní. Pacientka si náhle stěžuje na bolest na hrudi, převážně palpačně, celého hrudního koše se silným kašlem. EKG a troponin negativní, D-dimery 8500ng/ml, ventilační a perfúzní scintigrafie vylučuje plicní embolii. Transtorakální i jícnové echo srdce nepopisují závažnou patologii na srdci, vylučují infekční endokarditidu. Pomýšlíme na hematologickou malignitu. Tuto příčinu obtíží podporuje zvýšený β2-mikroglobulin v séru i v moči. Nicméně normální hladina sérové



laktátdehydrogenasy, buněčné imunity, imunoelktroforézy séra i moče a neprokázaná Bence-Jonesova bílkovina v moči tuto diagnosu jeví jako nepravděpodobnou. Pacientka si stěžuje na bolesti hlavy, tinnitus a zaléhání uší. Dle ORL specialisty hypacusis bilateralis pancochlearis, doporučuje naslouchadlo. V kontrolních odběrech postupně progreduje renální insuficience, sérový kreatinin 450 $\mu$ mol/l, odebíráme imunologii s pozitivním nálezem. C3 0,78g/l, CIK 93g/l, ANA protilátky pozitivní +, p-ANCA pozitivní +++, hladina protilátek proti myeloperoxidase 8kU/l. Renální biopsie potvrzuje pauciimunní glomerulopatii, ANCA asociovanou glomerulonefritis se sklerotizací a velmi těžkým difúzním postižením glomerulů a intersticia, s vaskulitidou drobných svalových arterií a arteriol. Ihned po odebrání biopsie zahajujeme imunosupresi vysokými dávkami kortikosteroidů a následně bolus cyklofosfamidu. Dochází k poklesu sérového kreatininu a CRP. Při návratu z kontrolního UZ ledvin po biopsii pacientka náhle kolabuje na vozíku, udává pocit tuposti v hlavě a rozmazané vidění. Neurolog potíže uzavírá jako presynkopu, dochází ke spontánní úpravě. Další den si pacientka stěžuje na bolest v pravé dolní končetině, objektivně diskrétní otok pravého lýtka, dle UZ drobná gastrocnemická trombosa, navyšujeme dávku LMWH z profylaktické na léčebnou, tj. vzhledem k renálním funkcím dle hladiny antiXa z Fraxiparine 0,3ml/den na Fraxiparine 0,4ml/den. Pacientka se cítí mnohem lépe, těší se domů. Náhle dochází k razantnímu zhoršení stavu pacientky. Opět udává náhle vzniklou bolest hrudního koše, obou ramen a paží, při jemném dotyku i pohybu. Opakujeme EKG, kardiopedagogickou laboratoř, myoglobin, vše bez patologie. Bolest ustupuje až po podání Veralu 75mg i.v.. Další den bolí pouze levá polovina s již sporným efektem Veralu, následující den pacientku bolí pouze pravá polovina, objevuje se úporné zvracení, pacientka celkově alterována. Na UZ břicha nález extrémní gastrektazie, zavádíme nasogastrickou sondu na spád, v dalších dnech doplňujeme pasáž vodnou kontrastní látkou bez průkazu obstrukce. Po vyšetření ustupuje nausea, pacientka pomalu začíná přijímat per os. V kontrolní laboratoři vzestup zánětlivých parametrů, CRP 200mg/l, PCT 1ng/ml, v hemokultuře hlášena MRSA, po konzultaci s ATB centrem zahajujeme léčbu linezolidem. Stále přetrvávají bolesti pravého hemitoraxu, ramene a paže, při fyzikálním vyšetření patrný sporný otok ramenního kloubu. UZ paže a ramene neprokazuje ložiska, v kloubu je přítomen drobný výpotek. Dle UZ břicha také ascites a drobný perikardiální výpotek jako obraz polyserositidy. Ortoped provádí punkci ramenního kloubu, kulturačně negativní. Den poté opakuje punkci, kulturačně pozitivní MRSA. Pacientku odesíláme na vyšetření magnetickou rezonancí. Potvrzena artritida pravého ramene s kolekcí tekutiny v prostorech pod ramenem a destrukcí rotátorové manžety. Na ortopedickém oddělení kloub vypláchnut s ponechanou drenáží, evakuována fibrinoidní kolekce hnisu, pacientku překládáme na JIP infekčního oddělení. Zde dochází k dekompenzaci hypertenze, po týdnu je odstraněna drenáž a pacientka přeložena zpět na naše oddělení. Vysoký krevní tlak korigujeme kombinací pěti antihypertenziv, pokračujeme v léčbě kortikosteroidy, linezolidem po dobu 6 týdnů, anemii upravujeme opakovaným podáváním erytrocytárních mas. Stav pacientky se pozvolna zlepšuje, začíná rehabilitovat chůzi a pohyblivost pravého ramene. Náhlé vzniká otok v oblasti prepatelární bursy, opakovaně punktován sanquinolentní výpotek, vždy spontánně doplněna i přes kompresi a redukci léčby LMWH, kulturačně pokaždé negativní. V lednu 2014 pacientku samostatně chodící, v celkově dobrém stavu, propouštíme do domácí péče. Při dimisi hodnota sérového kreatininu 258 $\mu$ mol/l, CRP 30mg/l. V únoru 2014 se pacientka dostavuje ke kontrole a hospitalizaci. Hladiny sérového kreatininu stacionární, CRP bez elevace, negativní p-ANCA a anti-MPO protilátky nesvědčí o reaktivaci základního onemocnění. Vzhledem ke komplikovanému průběhu další bolus cyklofosfamidu nepodáváme, pacientku ponecháváme na kortikoterapii. V květnu 2014 přijímáme pacientku pro progresi otoků, po navýšení diuretik dochází k rychlému ústupu. Pacientka bez známek relapsu vaskulitidy, otoky hypoproteinemické při progresi nefrotického syndromu, výhledově plánována příprava AV fistule a zařazení do chronického hemodialyzačního programu. Pacientka schopna sebeobsluhy, chůze, hybnost pravé paže jen s minimálním omezením, opět začala jezdit na kole. Nadále pacientka dispenzarizována v nefrologické ambulanci nemocnice ČB. Během recentních kontrol renální parametry bez progresu.

#### Diskuse

U této pacientky se vystřídalo mnoho „pracovních“ diagnóz, než se podařilo určit tu konečnou, správnou. Vstupní hodnota zvýšeného kreatininu byla považována, vzhledem k možnému dlouhodobému užívání analgetik při polyartróze, za chronickou analgetickou nefropatii. Otoky dolních končetin v kombinaci s vysokým NT-proBNP a intolerancí horizontály naopak nahrávaly diagnostice srdečního selhání. Zřejmě falešný nález erytrocyturie neglomerulárního původu ve fázovém kontrastu nás na okamžik svedl ze správné cesty. Po úspěšné diagnostice a zahájení adekvátní léčby došlo k rozvoji nových symptomů. Bylo velmi obtížné rozeznat, zda jde o projev vaskulitidy, nebo o novou chorobu na pozadí systémového onemocnění. Bohužel došlo k rozvinutí MRSA sepse s artritidou pravého ramene. Vzhledem k renální insuficenci nebylo možno použít Vankomycin a místo něj podán Linezolid. Po výplachu kloubu, dočasné drenáži a dlouhodobé ATB byla MRSA sepse přeléčena.

#### Závěr

P-ANCA pozitivní vaskulitida je systémové onemocnění. Patofyziologicky dochází k autoimunitnímu postižení malých cév, k rozvoji nekrotizující vaskulitidy. Existuje jistá predilekce tohoto postižení, nicméně může dojít k napadení kterékoliv cévy malého kalibru v těle nemocného. Z toho vyplývá spektrum možných příznaků, mnohdy velmi nespecifických. Díky relativně vzácnému výskytu může být velmi snadno zaměněna za některé z běžnějších onemocnění, kterému symptomatologii odpovídá.

Imunosuprese je základní pilíř léčby p-ANCA vaskulitidy. Sleté přežití se udává u 74% pacientů, u 2/3 akutně dialyzovaných dochází k obnově renálních funkcí s možností ukončení dialýzy. Bohužel tato léčba nese i velká rizika, až u 50% léčených se lze setkat s rozvojem komplikací jako přímý následek léčby.

V tomto případě dominuje široká škála příznaků při diagnostice, následný rozvoj MRSA sepse s artritidou jako komplikace imunosupresivní léčby. Vzhledem k dramatickému průběhu léčby, až ohrožení života, nebyl v tomto případě podán další bolus cyklofosfamidu. Pomalý postup postižení ledvin u této pacientky je nyní dán více již těžkými chronickými změnami renálního parenchymu než progresí vaskulitidy, která je dle dostupných vyšetření toho času v remisi.

### 3. 5. Hemofagocytární syndrom u dospělé pacientky – diagnostika a léčba

**Autor:** MUDr. Jana Korešová

*Pracoviště:* Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, adresa: B.Němcové 585/54, 37001, České Budějovice

*e-mail:* interna@nemcb.cz

**Úvod**

Onemocnění označované jako hemofagocytární lymfohistiocytóza je charakterizováno reaktivním zmnožením lymfocytů a histiocytů s probíhající hemofagocytózou. Rozlišuje se primární (familiární) forma s autosomálně recesivní dědičností a forma sekundární. Familiární erythrocytární lymfohistiocytóza je spojena s genetickou abnormitou (byla prokázána mutace různých genů, které jsou důležité pro cytotoxickou funkci T- a NK-buněk), manifestuje se u kojenců a batolat, průběh nemoci bývá rychlý a velmi často fatální. Sekundární forma se pojí s řadou různých onemocnění (do této podskupiny řadíme hemofagocytární lymfohistiocytózu asociovanou s infekcí, s maligní neoplázií či s neznámým vyvolávajícím činitelem). Hereditární i sekundární formy se klinickými příznaky velmi podobají – obecně se hemofagocytární syndrom projevuje horečkou, pancytopenií, hepatopatií, hepatosplenomegalií, koagulopatií a hemofagocytózou v kostní dřeni a ostatních částech retikuloendoteliálního systému. Klasickou léčbou hemofagocytární lymfohistiocytózy používanou jak u familiární, tak u nefamiliární formy, je trojkombinace etoposid, dexamethason a cyklosporin.

**Vlastní kazuistika**

47letá dosud s ničím neléčená pacientka byla přijata na interní oddělení pro progredující únavu a intermitentní teploty nejasné etiologie až do 39 st.C. V počátku onemocnění se objevily lehké virové příznaky v popředí s bolestmi hlavy, posléze byla pacientka přeléčena ATB pro susp. infekci močových cest, krátkodobě se její stav stabilizoval. Následně však došlo k recidivě febrilií, v laboratorním vyšetření byla zjištěna pancytopenie a dále hypertriglyceridemie, pomalý pokles fibrinogenu, zvýšený ferritin, výrazně snížené NK buňky. Na UZ vyšetření břicha popsána hepatosplenomegalie, CT vyš. i PET CT bez průkazu event. malignity, serologický i PCR nález nesevřel pro aktivní EBV infekci, nebyla nalezena ani žádná jiná aktivní infekce, nic nenaznačovalo možnou autoimunitu. S ohledem na stále progredující pancytopenii byla provedena trepanobiopsie se zjištěním zvýšeného množství hemofagocytujících buněk. Pacientka byla vzhledem k nutnosti zahájení kombinované imunosupresivní a cytostatické léčby předána na specializované pracoviště vyššího typu (ÚHK, Praha), kde byla na základě systémových projevů hemofagocytární lymfohistiocytózy zahájena terapie kombinací dexamethason, etoposid, cyklosporin.

**Závěr**

Hemofagocytární syndrom patří mezi vzácná onemocnění. Přes jeho nepříliš častý výskyt v populaci je na něj třeba pomyslet v diferenciální diagnostice febrilií nejasné etiologie, neboť jen jeho včasná diagnostika a léčba může zlepšit prognózu pacientů s touto závažnou chorobou.

## 4. 1. Erythema necrolyticum migrans

**MUDr. Staňková Eliška**

*Dermatovenerologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.*

Onemocnění erythema necrolyticum migrans nebo-li glukanomový syndrom je vzácná kožní obligátní paraneoplazie související s tumorem pankreatu. Autor prezentuje poznatky o etiopatogenezi, klinickém obraze, diagnostických metodách, diferenciální diagnostice, možnostech terapie a prognóze tohoto onemocnění.

Historicky se toto onemocnění datuje do r. 1942, kdy byl popsán případ ženy s tumorem alfa buněk pankreatu s laboratorním nálezem vysokých sérových hladin glukagonu a typickým kožním nálezem, od té doby je posáno celosvětově jen 300 případů. Prevalence je stejná u mužů i žen, nejčastější výskyt tohoto onemocnění je mezi 50–59 rokem života. U 50 % pacientů v době diagnózy již nádor metastazuje. Etiopatogeneze je nejasná, multifaktoriální. Roli hrají vysoké hladiny sérového glukagonu, metabolický či nutriční deficit zinku, esenciálních mastných kyselin, hypoalbuminémie, jaterní poruchy glukagonu, nádorové antigeny uvolněné z tumoru. V klinickém obraze dominují anulární nebo serpiginózní, bizardě uspořádané, periferně se šířící erytémy. Subkorneální pucháře, pustuly lokalizované v místech tlaku a tření. Onemocnění je doprovázeno dalšími různorodými celkovými obtížemi. Diagnóza této klické jednotky je stanovena na základě laboratorního nálezu vysokých hladin sérového glukagonu a histologický obraz. Diferenciální diagnóza je vzhledem k polymorfismu klinického obrazu velmi různorodá (blíže samotná přednáška). Jediná kurativní terapie je excize primárního tumoru.

Je popsán případ 70letého muže, kde byla na základě klinického vyšetření stanovena možná diagnóza erythema necrolyticum migrans. Následně potvrzena laboratorními, zobrazovacími a histologickými metodami. V rámci mezioborové spolupráce provedena jediná kurativní léčebná metoda představující chirurgické odstranění tumoru s následnou onkologickou dispenzarizací.

Ve 2/3 případů jsou kožní změny patrné již při dobře diagnostikovaném tumoru, tudíž dermatolog má nezastupitelnou roli v diagnostice této klinické jednotky a následně tedy i prognózy onemocnění.

## 4. 2. GIST – Endoskopický nález, který překvapil endoskopistu i chirurga

**MUDr. Lucia Farská**

*Gastroenterologické odd. NČB  
lucfar13@gmail.com*

**Úvod**

Gastrointestinální stromální tumory (GIST) patří mezi nejčastější mezenchymální nádory GIT, přesto jsou vzácné, protože mezenchymální tumory tvoří 1% primárních nádorů GIT. Roční incidence se odhaduje na 10 až 20 případů na 10<sup>6</sup> obyvatel. Průměrný věk při stanovení diagnózy je 60 let. GIST jsou nejčastěji lokalizovány v žaludku (40 až 70%) a tenkém střevě (20 až 40%). Méně často se vyskytují v tlustém střevě, jícnu. Vzácná je lokalizace stromálních nádorů mimo trávicí trubici – označovány jako tzv. EGIST.

**Vlastní kazuistika**

Předmětem kazuistiky je překvapivá a rychlá diagnostika GIST u mladého muže. Diagnostika začala na gastroenterologické ambulanci pro

melénu s anemickým syndromem. Dle urgentní gastrokopie – submukózní tumor žaludku do 20 mm s ulcerací do 7 mm. Při endoskopii překvapivě chudý nálezy v porovnání s nálezem při pozdní chirurgické revizi břišní dutiny. Vyšetřující endoskopista s úmyslem o preventivní ošetření klipuje tumor pod ulcerací, snaha končí vznikem tepenního krvácení po založení prvního klipu. Dále pokračuje ve snaze zastavit nově vzniklé krvácení dalším ošetřením. Ošetření, co vyplývá z dalšího průběhu, je načas úspěšné. Pro nejednoznačný výsledek endoskopického zastavení krvácení a možnost nutnosti urgentního chirurgického řešení – okamžitý překlad na chirurgickou JIP. Na chirurgickém oddělení nadále známky pokračujícího krvácení do GIT, druhý den od příjmu urgentní chirurgická revize břišní dutiny – překvapivý nálezy obrovského vaskularizovaného tumoru břišní dutiny s fixací k několika orgánem, histologie zakončila diagnostiku se závěrem- maligní GIST.

#### Závěr a diskuze

Pacienti s GIST bývají často asymptomaticí, asymptomatické GIST jsou náhodně nalezeny během endoskopických či CT vyšetření. Symptomatologie je různá (od prodromů až po urgentní stavy), vyplývá většinou z lokalizace tumoru, rychlosti růstu či akutního stavu při perforaci GIT, krvácení, známek „akutního břicha“. Krvácení do zažívacího traktu a s ním spojená anemizace je nejčastějším příznakem gastrointestinálního stromálního tumoru. Předkládaná kazuistika srovnává chudý nálezy endoskopistu při urgentní gastrokopii s překvapivě obrovským nálezem při pozdní chirurgické revizi. Dále poukazuje na, že primárně preventivní zákrok endoskopisty neúmyslně přispěl k rychlé diagnostice malignity. Tým ušetřil drahocenný čas a i nemalé finanční náklady, které by byly vynaloženy k další potřebné diagnostice.

### 4. 3. Transplantace stolice – „novinka“ v léčbě recidivující clostridiové kolitidy

MUDr. Jan Vašíček, prim. MUDr. Ivo Horný

Interní oddělení Nemocnice Strakonice, Radomyšlská 336 Strakonice

faboulous@seznam.cz

Kolitida vyvolaná patogenem *Clostridium difficile* je jedna z nejčastějších nozokomálních infekcí, jak u nás tak celosvětově. Původcem je grampozitivní sporulující bakterie působící na střevní sliznici svými toxiny (toxin A, toxin B a binární toxin) a vyvolávající nejčastěji akutní průjemové onemocnění. Predisponující faktory ke vzniku clostridiové kolitidy jsou: střevní mikrobiota po ATB terapii, porucha slizniční imunity, imobilita střeva, celková imobilita, dlouhodobá hospitalizace a vyšší věk. Diagnostika spočívá v průkazu clostridiového antigenu a toxinů ve stolici. Ohledně léčby jsou doporučena léčebná schémata, kdy prvně dokumentovaná ataka spočívá v podávání Metronidazolu (buď p.o. či i.v. 3× denně 500 mg při lehké formě, při závažné formě Vankomycin 125 mg 4× denně). Při první recidivě se stabilně doporučuje léčba Vankomycinem 125 mg á 6 hod na 10 dní. Při již následující recidivě infekce se do popředí dostává provedení fekální transplantace (FMT) po 10denní kúře Vankomycinem podávaného po 6 hod. Transplantace stolice představuje implantaci stolice dárce (většinou člena rodiny) do střeva příjemce (buď nasojejunální sondou či endoskopicky). Stolica dárce je před podáním upravena v mikrobiologické laboratoři. Důležité je podrobné vyšetření dárce stolice (anamnesa – riziko abusu drog, sexuální chování, výtěr z rektu, stolice na antigen a toxiny ve stolici, stolice na parazity, stolice na viry, sérologie na hepatitidy, HIV, ATB terapie v posledních 3 měsících, imunosupresivní léčba, cytostatika....) V Nem. Strakonice bylo v roce 2013 diagnostikováno 43 pacientů s pozitivní clostridiovou infekcí, z toho recidivující infekce mělo 11 pacientů. Na interním oddělení Nemocnice Strakonice byly provedeny prozatím 3 transplantace stolice. Tento příspěvek pojednává o prvních dvou, které byly na našem oddělení provedeny.

První transplantace stolice byla provedena u 54letého muže, dosud výrazně nestonajícího, který užíval cca 14 dní Augmentin p.o. á 8 hod pro bolesti v hypogastriu, v.s. při infekci močových cest. Cca 14 dní poté se objevily výrazné průjmy 20× za den, křečovitě bolesti břicha, laboratorně byly patrné zvýšené známky zánětu, při nálezu na koloskopii byl zjištěn obraz pseudomembranózní pankolitidy, byla nasazena léčba Entizolem, na kterou pacient dobře zareagoval. Ovšem cca za 5 dní došlo k recidivě průjmů (pozitivní jak clostridiový antigen, tak toxin A i B), byla nasazena 10denní léčba Vankomycinem, na kterou pacient opět dobře zareagoval. Posléze byl zdravotní stav komplikován močovou infekcí, která byla přeléčena Cefuroximem i.v. Za hospitalizace bylo provedeno CT břicha a pánve s nálezem zesílené stěny tlustého střeva + nejasný nálezy při zadní stěně močového měchýře). Proto bylo následně provedeno cystoskopické vyšetření i MRI pánve s nálezem susp. vícečetných abscesů perisigmoideálně, perirektálně a retrovezikálně. Následně pro opakované obtíže a opět pozitivní markery na clostridiovou kolitidu byla po 10denní terapii Vankomycinem provedena transplantace stolice s dobrým efektem (stolica 2–3× denně, formovaná). Pro opakované horečnaté stavy (ovšem bez známek kolitidy!!) byla doplněna explorativní laparoskopie (abscesy neprokázány, pouze zesílená stěna sigmoidea a rektu). Dva měsíce po FMT bylo provedeno kontrolní MRI pánve, kde byla popsána úspěšná regrese zánětlivých změn v oblasti L hypogastria. U pacienta dodnes v menší míře přetrvávají intermitentní bolesti břicha, je pravděpodobný vznik adhezí po rozsáhlém zánětlivém postižení stěny rektu a sigmoidea.

Druhá transplantace stolice byla provedena u 88letého muže, klienta z domova důchodců. Pacient s recidivujícími klostridiovými infekcemi, 2× přeléčen Entizolem v DD (ovšem léčba zřejmě netrvala dostatečně dlouhou dobu), při 2. recidivě (opakovaně hlenovité stolice, difúzní bolesti břicha, CRP 56 mg/l, leuko 12,5 × 10<sup>9</sup>, s posunem doleva) byl přeléčen Vankomycinem p.o. Při 3. recidivě (trvale zelený, zápachající průjem, CRP 104 mg/l, leuko 23 × 10<sup>9</sup> s posunem doleva) byla provedena fekální transplantace po 10denní léčbě Vankomycinem, následně během několika dní obtíže ustoupily.

CDI patří v současné době spolu s MRSA k nejvýznamnějším nozokomiálním infekcím.

Fekální transplantace je v této době jednou z možností léčby recidivující clostridiové infekce. Až větší počet provedených výkonů však ukáže skutečnou efektivitu této metody.

## 4. 4. Recidivující campylobakterová enteritis jako nemoc z povolání

Hana Veselá, Helena Müllerová, Aleš Hejlek

Oddělení pracovního lékařství, Nemocnice České Budějovice, a.s.  
praclek@nemcb.cz

### Úvod

Průjmovitě onemocnění způsobené Campylobakterem jejuni je zoonóza s možným přenosem na člověka, jejíž výskyt se v posledním desetiletí dostává do popředí. Nejčastější cesta nákazy je alimentární. K hromadným i sporadickým infekcím Campylobakterem dochází při konzumaci neupravené vody či málo prohřátého masa, především drůbežího. Pacientka – klientka byla na doporučení lékaře infekčního oddělení odeslána na klinické pracovní lékařství k posouzení profesionální etiologie. Z podrobné analýzy anamnézy, především pracovní a rozboru klinického stavu vzhledem k několikaletým obtížím, vzniklo už konkrétní podezření na vztah mezi jejím pracovním zařazením a recidivující campylobakteriální enteritidou. Několik let totiž pracovala jako ošetřovatelka slepic – nosnic v drůbežářském závodě. Po splnění všech legislativně povinných náležitostí, včetně pozitivního hygienicko-epidemiologického rozboru, byl prokázán přímý vliv pracovního prostředí na vznik jejího onemocnění. Došlo k ohlášení nemoci z povolání u této zcela výjimečné profesionální diagnózy ošetřovatelky drůbeže.

### Vlastní kazuistika

Na oddělení pracovního lékařství byla odeslána z ambulance infekčního oddělení 44letá žena k posouzení možné souvislosti zdravotních obtíží a pracovního zařazení ošetřovatelky drůbeže. Diagnosa byla stanovena jako recidivující campylobakterová enteritida. Několik poznámek z pracovní anamnézy. Pacientka se vyučila ošetřovatelkou drůbeže v letech 1984–1988. Od vyučení pracovala až dosud ve stejném oboru u téhož zaměstnavatele. V 10 halách, každá s 20.000 kusy slepic, pacientka kontrolovala zdravotní stav nosnic, vybírala uhynulé kusy slepic, doplňovala krmné, vodu. V třídně a skladu vajec prosvěcovala vejce a ukládala je do obalů. Při práci v halách používala pracovní oděv, obuv, rukavice, případně respirátor. Z údajů o nynějším onemocnění vyplývalo, že pacientka trpěla cca 4 roky na průjmy. Zpočátku léčena Endiaronem. Na doporučení gynekologa byla provedena v gastroenterologické ambulanci endoskopie horního zažívacího traktu a histologicky zjištěn malabsorpční syndrom charakteru celiakie, typ III A dle Marshovy klasifikace, poměr CD8/CD3 lymfocytům je 100%, protilátky negativní, celková bílkovina 57 g/l, dle elfo hypogamaglobulinémie. Kolonoskopie s normálním nálezem na sliznici. Doporučena bezlepková dieta. Průjmy však nadále trvají. V 4/2013 vyšetřena v imunologické ambulanci. Z výtěrů z rektu opakovaně zjištěn Campylobakter jejuni, léčena ATB. Pro těžkou poruchu buněčné imunity zpočátku podáván Imunor, od 7/2013 podávány imunoglobuliny parenterálně. Pacientka si aplikovala Hizentru 3× týdně. V 2/2014 CT břicha se suspekci na uzlinový syndrom, který USG břicha nepotvrdil. Již v imunologické ambulanci podezření na souvislost campylobakterózy a pracovního zařazení. Odeslána proto přes infekční ambulanci na oddělení pracovního lékařství. V době šetření případu jako suspektní nemoci z povolání byla pacientka již od 2/2014 v pracovní neschopnosti pro těžké průjmy a úbytek na váze z 55 kg na 47 kg. Průjmy se objevovaly vždy znovu po pracovní expozici a postupně způsobovaly celkovou vyčerpanost organismu. Na podkladě diferenciálně diagnostické rozvahy, resp. splnění klinických kritérií pro případné přiznání profesionální choroby, požádalo „středisko nemocí z povolání“/pro spád Jihočeského kraje a Pelhřimovska/, tj. oddělení pracovního lékařství o hygienicko-epidemiologické šetření pracoviště pacientky – v drůbežárnách. Tak bylo v 6/2014 ověřeno, že je splněné tzv. hygienické kritérium, tj. podmínky vzniku nemoci z povolání uvedené v kapitole V. a položce 2. Přílohy nařízení vlády č. 114/2011 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání. Na podkladě klinického nálezu, diferenciálně diagnostické rozvahy, pracovní anamnézy, včetně pracovní expozice a na podkladě pozitivního hygienicko-epidemiologického šetření byla dne 11.6.2014 ohlášena nemoc z povolání. To má samozřejmě i své zdravotně-sociální důsledky /zdravotní způsobilost k práci, finanční nároky, apod./ Pro jmenovanou byla další práce v dosavadní profesi kontraindikována. Pacientka je nadále na oddělení pracovního lékařství každoročně dispenzarizována.

### Závěr

V diferenciální diagnostice průjmu je nutné u této pacientky rozdělit symptomy poměrně nově zjištěné celiakie a enteritidy způsobené opakovanými infekcemi Campylobaktere, i když se jistě částečně překrývají. Jako významné vidíme odebrání od pacientů alespoň základní pracovní anamnézy, která by mohla napomoci lékařům v úvaze ohledně možné spojitosti mezi profesí, pracovním prostředím a zdravotním postižením, resp. diagnosou pacienta. Včasná rozvaha a následná změna pracovního zařazení totiž vede ke snížení zdravotního postižení zaměstnance – pacienta. Pacientka s recidivující campylobakterovou enteritidou pracující v drůbežářském průmyslu je sice vzácný, ale typický příklad profesionální zoonózy řadící se v seznamu nemocí z povolání do kapitoly V /Nemoci z povolání přenosné a parazitární/, položka 2 /Nemoci přenosné ze zvířat na člověka/.

## 4. 5. Plicní sarkoidóza ve 3 kazuistikách

Tolingerová Iva, Petr Vaník

Plicní a TBC odd. Nemocnice České Budějovice  
email: plicni@nemcb.cz

### Úvod

Prezentace 3 kazuistik pacientů s plicní sarkoidózou s odlišnou klinickou manifestací při obdobném radiologickém obrazu, tedy při zasažení plicní tkáně a mediastinálních uzlin.

Sarkoidóza je granulomatozní onemocnění ne zcela známé etiologie. Postihuje hlavně pacienty mladého a středního věku. Nejčastěji se manifestující na RTG zobrazení jako bilaterální mediastinální lymfadenopatie s možným postižením i plicního parenchymu, dále také i jako možná kožní a oční léze. Příčina tvorby nekaseifikačních granulomů není přesně známá. Nemoc může být zcela asymptotická a RTG obraz je prvním a jediným projevem choroby. Pokud je nemoc klinicky vyjádřena, jeví se jako známky akutního nebo chronického systémového zánětu, s respiračními projevy, jako je dráždivý kašel, dušnost, bolesti na hrudíku. Lékem volby jsou kortikosteroidy. Indikací k započtení

terapie je porucha plicních funkcí, závažné postižení mimoplicní, kalciurie, hyperkalcemie, progresse onemocnění.

### Vlastní představení 3 kauzistik pacientů s diagnostikovanou plicní sarkoidózou

**1. kauzistika:** 51letý pacient odeslán na naše oddělení k vyloučení maligního onemocnění. Subjektivně asi 4 týdny se zhoršující dušnost, hlavně ta námahová, ojediněle i suchý kašel, hlavně však bolesti za hrudní kostí. Etiologie kardiální vyloučena, uzavřeno obvodním lékařem jako vertebrogenní bolesti. Na RTG zobrazována oboustranná lymfadenopatie, v plicním parenchymu oboustranně ložiska, tedy velmi suspektní bilaterální metastatický proces bez známek primárního origa. V osobní anamnéze hypertenze, v r. 2006 stav po prodělané pneumonii, v roce 2008 dg. sarkoidoza z uzlina na krku, dle anamnézy od pacienta snad i léčeno kortikosteroidy, délka terapie nebyla známá. Pacient je celoživotní nekuřák. Laboratorně mírně elevované SACE, bez hyperkalcemie, bez hyperkalciurie. Spirometricky zjištěna lehká obstrukce, transferfaktor ale snížený na 51% n.h. Provedena bronchoskopie v celkové anestezii, s endobronchiálním ultrazvukem s punkcí zvětšené uzliny pod hlavní karinou. Endobronchiálně vlevo ve větvení horního bronchu a linguly kyprá navolitá sliznice, opakovaně klišťková excize na histologie. Histologicky zjištěny četnější epitelooidní granulomy bez nekrotizace. Dle provedených vyšetření se stav jevil jako sarkoidoza, maligní etiologie nebyla potvrzena, vzhledem k němému průběhu pacient ponechán bez medikace. Naplánována ještě galiová scintigrafie, k dourčení rozsahu plicního a mimoplicního postižení. Z provedené galiové scintigrafie zjištěna abnormální kumulace radiogalia v levém plicním hilu a v zadní části dolní poloviny pravé plíce. Vzhledem k velmi rozdílnému CT obrazu a obrazu při galiové scintigrafii, pacient objednan k punkci pod CT, k punkci ložiska vpravo subpleurálně. V histologickém vzorku však jen příčné pruhované svaly, bez zastižení jiných buněk. Proto dále pacient indikován k provedení plicní biopsie, kde zcela jasně nalezeny epitelooidní granulomy bez nekrozy. Na kontrolním RTG, t.j v odstupu 2 měsíců, bez změny. Pacient subjektivně při námaze stále dušný, bolesti za hrudní kostí stacionární. Rozhodnutí o započetí s kortikosteroidní terapií. Počáteční dávka 60mg za den, po 14 dnech snižování dávky o 10mg. Při kontrolním RTG z 6 týdnů mírná regrese ložisek vpravo. Subjektivně je t.č pacient bez klinických projevů.

**2. kauzistika:** 60letá pacientka přijatá k terapii oboustranné pneumonie. S potíženími trvající 14 dní, s kašlem, bolestmi na hrudníku, hubnutím. Pacientka léčena diabetem II. typu, hypertenzí, s hypofunkcí štítné žlázy, s paranoidní schizofrenií. Na RTG bilaterálně výrazně zmožná intersticiální plicní kresba s maximem ve středních a dolních plicních polích. Na HRCT zobrazeny chronické peribronchitické změny, svědčící pro přítomnost intersticiálního plicního procesu, zastiženy jednak chronické fibrozní změny, jednak čerstvé postižení alveolů. Laboratorně v době přijetí i zhoršené renální funkce bez předešlé anamnézy. Dále výrazná elevace SACE, hyperkalcemi v séru. Spirometricky bez manifestní ventilační poruchy, jen transferfaktor snížený na 37% n.h. Při transtorakálním echu srdce zjištěna jen lehká aortální tenoza, dále bez jakékoliv vady svědčící pro postižení myokardu. Ultrazvuk břicha bez patologie. Provedena bronchoskopie v celkové anestezii, s bronchoalveolární laváží, s endobronchiálním ultrazvukem, opakovanou punkcí zvětšených uzlin. V bronchoalveolární laváži normální difenciální rozpočet, bez obrazu alveolitidy, poměr CD4/CD8 zvýšený na 17, velmi susp. Pro sarkoidoza. Histologicky nalezeny epitelooidní granulomy. Pro přetrvávající renální insuficenci konzultace stavu s nefrologem, doporučena infuzní terapie, diuretika, bonefos, změna perorální antidiabetika a další sledování renálních funkcí a hladiny kalcia v krvi. Při terapii pozvolný pokles kreatininu, kalcia v krvi. Stav tedy zhodnocen jako plicní sarkoidoza a hyperkalcemii. Po konzultaci s psychiatrem místo kortikosteroidů, jako léku první volby, zahájena terapie antimalarikem, počáteční dávkou Plaquenil 200 mg 2× denně. Další péče cestou plicní ambulance ve spádu.

**3. kauzistika:** 51letý pacient přijat k dovyšetření a terapii špatně se hojící pravostranné pneumonie. Pacient byl léčen ambulantním plicním lékařem měsíc pro pravostranný zápal plic. Po zavedení antibiotické terapie zlepšení stavu, po vysazení ATB opět únava, bolesti vpravo na hrudníku. Na vstupním RTG zánětlivá infiltrace v pravém horním plicním laloku, změny také hilobazálně vpravo. Na CT plic a mediastina lymfadenopatie v mediastinu a plicních hilech, mikronoduly a postižení intersticia v P plicním křídle difuzně a vlevo bazálně. Spirometricky bez manifestní ventilační poruchy, transferfaktor však snížený na 66 % n.h. Provedena bronchoskopie s bronchoalveolární laváží a s endobronchiálním ultrazvukem. Pod endobronchiálním UZ punkce několika zvětšených uzlin v pravém plicním hilu a pod hlavní karinou. V bronchoalveolární tekutině cytologický obraz alveolitidy. Histologicky verifikovány v punktátech objemné epitelooidní granulomy, bez kaseifikačních nekroz. Ultrazvuk břicha a transtorakální ultrazvuk srdce bez patologie, bez mimoplicního postižení. Stav tedy hodnocen jako sarkoidoza plic a a mízních uzlin, prozatím bez terapie, v plánu ještě bylo doplnit galiovou scintigrafii. Galiovou scintografií zjištěna abnormální kumulace radiogalia v parenchymu pravé plíce, hlavně v zadní polovině, v obou plicních hilech, další ložiska také v mediastinu, paraaortálních uzlinách nad bránicí. Vzhledem však k přetrvávajícím subjektivním příznakům, k rozáhlému plicnímu postižení, započto s kortikosteroidní terapií. Nasazenao 40 mg kortikosteroidů jako počáteční dávka. Pacient kontrolován ambulantně na našem oddělení. Na RTG výrazná regrese infiltrace vpravo, pacient také bez obtíží.

### Závěr

Prezentace plicní sarkoidozy na 3 kauzistikách s ukázkou rozmanité diferenciální diagnostiky dle rozbrazení na RTG a dle kliniky.

## 5. 1. Destrukce středouší agresivní plísni *Lichteimia ramosa* u sedmnáctileté pacientky

**Autoři:** Kupková T.<sup>1)</sup>, Smrčka V.<sup>1)</sup>, Mallátová N.<sup>2)</sup>, Fiala I.<sup>3)</sup>

*Pracoviště:* <sup>1)</sup> Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.; <sup>2)</sup> Pracoviště parazitologie a mykologie Laboratoře lékařské mikrobiologie Nemocnice České Budějovice a.s.; <sup>3)</sup> Biologické centrum Akademie věd České Budějovice

V kauzistice představíme sedmnáctiletou pacientku přijatou na Dětské oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. na podzim roku 2013. Dívka zde byla vyšetřována a léčena pro vzácnou mykotickou infekci středouší vzniklou na podkladě chronických zánětlivých změn s přítomným cholesteatomem.

Dívka prodělala první mediootitidu v roce věku, od té doby měla opakovaně obtíže s levým uchem. Na podzim roku 2013 dívka navštívila svého lékaře pro obtíže charakteru bolestí a sekrece z levého ucha, zhoršení sluchu, vertiga a ztráty chuti v levé polovině jazyka. Kultivace výtěru z levého ucha zachytila masivně bakterie *E.coli* a také rychle rostoucí vláknitou houbu. Později byla tato vláknitá houba dourčena

jako plíseň *Lichtheimia ramosa*. Potíže přetrvávaly i přes lokální terapii, proto odeslána k celkové antimykotické léčbě a provedení HRCT skálních kostí. V den přijetí na naše oddělení trvaly výše zmíněné obtíže nepřetržitě více jak měsíc.

Během hospitalizace pacientka podstoupila vyšetření HRCT skálních kostí s obrazem levostranné těžké akutní mastoiditidy v terénu chronických změn a mediotitidy s částečnou destrukcí středoušních kůstek se známkami ostitidy. Pacientka byla indikována k antromastoidektomií, dále léčena antimykotiky i antibiotiky. Imunologické vyšetření odhalilo defekt buněčné imunity, jež pravděpodobně přispěl k rozvoji infekce. Celková doba hospitalizace byla téměř 1,5 měsíce. Další ambulantní sledování bylo nutné. Následkem prodělané infekce je trvalá porucha sluchu.

## 5. 2. Atypický zdroj krvácení v gastroenterologii

**MUDr. Eva Rokůsková**

*Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.*

*e-mail: eva.rokuskova@seznam.cz*

### Úvod

Mezi vzácné příčiny krvácení do horní části gastrointestinálního traktu patří krvácení z ductus pancreaticus. Jedná se o komunikaci peripankreatických arterií s pankreatickým vývodem. Nejčastěji bývá způsobeno arozí cévy u pacientů s chronickou pankreatitidou. Diagnostika je většinou endoskopická, k ozřejmení patologie pankreatu a přilehlých cév jsou nutné RTG metody – CT břicha, CT AG, MR břicha. Léčba je katetrizační či chirurgická.

### Vlastní kazuistika

Kazuistika popisuje případ 64letého pacienta s chronickou pankreatitidou, který byl vyšetřován pro recidivující výraznou anemizaci a melény. K prvnímu vyšetření přišel s **dušností**, melénou, těžkou mikrocytární anémií -Hb 23g/l. Urgentní gastroskopie byla bez známek krvácení, následně kolonoskopie, MR klýza, UZ ani CT břicha neprokázaly možný zdroj krvácení. Vedlejšími nálezy byla mírně zvětšená, lehce městnavá játra, obraz portální hypertenze s portokaválními anatomosami **při uzávěru slezinné žíly**, **mírná splenomegalie**, kalcifikace kaudy pankreatu, varixy fundu a velké kurvatury žaludku. Kapslová enteroskopie s odstupem měsíce od dimise zachytila masivní krvácení v jejunu. Zopakovali jsme gastroskopii, kde bylo ztištěno pokračující krvácení z oblasti Vaterské papily. Na základě tohoto doplněno ERCP s obrazem wirsungorhagie a těžkých změn na ductus pancreaticus v těle slinivky ve smyslu chronické pankreatitis. Zvažovaná radiologická intervence provedena nebyla, jelikož CT AG bylo bez známek aktuálního krvácení. Chirurg doporučil splenektomií, tu pacient odmítl. Po opětovném doplnění krevního obrazu byl tedy dimitován. S odstupem dalšího měsíce opět přišel cestou praktického lékaře na gastroenterologickou ambulanci pro výraznou animizaci -Hb 37g/l, urgentní gastroskopie neprokázala pokračující krvácení z ductus pancreaticus. Rodina si v té době již domlouvala další vyšetření v IKEM. Po doplnění krevního obrazu byl pacient na vlastní žádost propuštěn. V IKEM ovšem plánované vyšetření nepodstoupil, jelikož byl mezitím opět přivezen k vyšetření, tentokrát na neurologickou ambulanci, pro brnění PHK a PDK. Uzavřeno jako TIA, hodnota hemoglobinu toho dne opět s výrazným poklesem na 23g/l, per rektum meléna, byla tedy nutná další hospitalizace. Vzhledem k neutěšenosti stavu, recidivujícím výrazným anemizacím, přeložen k dalšímu řešení do ÚVN Praha. Zde zopakované CT břicha potvrdilo obraz chron. pankreatitidy s kalcifikacemi a pseudocystami, beze změny od minulého vyšetření. Pro recidivující krvácení bylo rozhodnuto o pokusu o radiologickou intervenci. Provedená digitální subtrakční angiografie ovšem neprokázala zdroj z a. lienalis ani z. a. gastroduodenalis. Přesto zkusmo proveden coiling a. gastroduodenalis. Ten byl ovšem bez efektu, nadále pokračoval pokles v krevním obraze. Opět indikován chirurgický výkon – byla provedena splenektomie s distální pankreatektomií. Chirurgický výkon byl kurativní, od té doby se již krvácení neopakovalo.

### Závěr

Samotné stanovení diagnózy může být obtížné, krvácení probíhá často intermitentně. Takto se projevovalo i u našeho pacienta – krvácení bylo patrné jen na jedné gastroskopii ze tří. U nejasných případů významných krvácení do GIT je tedy často nutné gastroskopii opakovat. Na tuto diagnózu je nutno pomyslet při nejasném zdroji krvácení hlavně u pacientů s chronickou pankreatitidou. Mezi další příčiny patří akutní pankreatitida, traumata slinivky, vaskulární malformace, tumory pankreatu, pankreas divisum, ektopický pankreas. V léčbě je metodou volby katetrizační embolizace krvácející cévy. Pokud tato léčba selhává, tak následuje chirurgický výkon – tak tomu bylo i u našeho pacienta.

## 5. 3. Karcinom pankreatu skrytý za VAS

**MUDr. Michal Vacík**

*Nemocnice České Budějovice a.s., Oddělení gastroenterologické; Boženy Němcové 54, 370 01, ČB;*

*E-mail: gastro@nemcb.cz*

### Úvod

Pacient vyšetřovaný půl roku pro bolesti epigastria s váhovým úbytkem; laboratorní, zobrazovací i endoskopická vyšetření provedená v okresní nemocnici bez nápadností; somatizace u nemocného nepotvrzena; v diferencially diagnostické úvaze náklon ke spojitosti stavu pacienta s nálezem degenerativních změn páteře v MRI obraze; opakováním CT vyšetření však verifikace již inoperabilního tumoru slinivky břišní; následuje protinádorová terapie, z iniciativy pacienta kontaktováno rovněž Protonové centrum v Praze (PTC).

### Vlastní kazuistika

57letý pacient s degenerativními změnami páteře vyšetřován 6 měsíců pro trvající bolesti v epigastriu s váhovým úbytkem 25 kg. Ve spádové nemocnici provedena gastroskopie, koloskopie, CT břicha – výsledky však bez příčinné souvislosti s udávanými stesky. Pacient byl odeslán

k dovyšetření do NEMCB. Zde uvažováno i o somatizaci, která nebyla psychiatrem potvrzena. MRI páteře s nálezem protruse disku L2/L3 do zúženého páteřního kanálu. Nález by dle neurologa mohl udávanou bolest vysvětlit, hubnutí však nikoliv. Opakujeme gastrokopii, kde aktivované peyerské plaky v deformovaném duodenu. Kontrolní náběry onkomarkerů jen s lehkou elevací CA 19-9, před tím opakovaně negativní. Přistupujeme k dalšímu CT vyšetření břicha, kde verifikován expansivní proces na rozhraní hlavy a těla slinivky břišní. K tlumení bolesti podány opioidy. Chirurgové již hodnotí nález za inoperabilní. Pacient předán do péče onkologů. Tito doporučují před podáním protinádorové terapie zajištění žlučodů a pankreatického vývodu stenty, které zavedeny během další hospitalizace na našem oddělení. Při ERCP rovněž diagnostikován pancreas divisum. Pacient z vlastní iniciativy kontaktuje Protonové centrum v Praze, kde při kontrolním PET CT již známky generalizace onemocnění. Vzhledem k tomuto zjištění aplikace protonového záření není indikována. Pacient odeslán na onkologické pracoviště NEMCB k chemoterapii.

#### **Podněty k diskusi, závěr**

Po dodání dokumentace z okresní nemocnice, která nepoukazovala na jiné odchylky krom známého vertebroalgiického syndromu, jsme pomýšleli na možnou somatizaci nemocného. Zhotovený MRI obraz pokročilých degenerativních změn na páteři nás nutil ke konzultaci stesků pacienta s neurology. Kontrolní gastrokopie s patologickými změnami v duodenu nás vedla k zopakování CT vyšetření břicha. Zde překvapivě ve srovnání s předchozí CT obrazovou dokumentací verifikujeme inoperabilní expansivní proces na přechodu hlavy a těla pankreatu. Za důležitou zmínku považují dlouhodobě nízkou hladinu onkomarkeru CA 19-9 u nemocného a fakt, že v počátku onemocnění nebyly změny na slinivce břišní detekovatelné CT zobrazením, jehož senzitivita a specifita se u tohoto onemocnění pohybuje mezi 90–95 %. Dále stojí za zamyšlení, zdali pancreas divisum – **přítomný u zmiňovaného pacienta – může zvyšovat incidenci** neoplasií slinivky břišní.

## 5. 4. Sekundární pneumokoková purulentní meningitida

**MUDr. Věra Mušková**

*Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.*

### **Úvod**

Pacientka přijata do spádové nemocnice pro bolesti hlavy s maximem v oblasti čela, zvracení, vertigo, mlhavé vidění. Diagnostikovaná serosní neuroinfekce. Čtvrtý den hospitalizace velice rychlé zhoršení celkového stavu, rozvoj poruchy vědomí. Opět odebrán mozkomíšní mok, biochemický nález odpovídající purulentní meningitis. Přeložena na naše oddělení. CT vedlejších nosních dutin odhalí jako příčinu osteom obturující pravý frontální a ethmoidální sinus. Toto si vyžádá operační řešení.

### **Vlastní kazuistika**

55letá pacientka s anamnesou hypertenze, ICHS, IM před 3mi lety (implantace 2 stentů), vertebrogenní algický syndrom C páteře, nikotinismus. Přijata na nervové oddělení spádové nemocnice pro bolesti hlavy s maximem v oblasti čela, zvracení, vertigo, mlhavé vidění, artralgie, myalgie, zimnice, teplotu si doma neměřila, v den přijetí T 38,6°C. Provedena lumbální punkce, dle biochemického vyšetření diagnostikována serosní neuroinfekce. Čtvrtý den hospitalizace dochází k rychle progredující poruše vědomí, kvadruspasticitě. Zopakovaný odběr likvoru, kde již nález odpovídající purulentní meningitis. Nasazeny kortikosteroidy, odebrané hemokultury a podány 2g Cefotaximu i.v. Domluven překlad na naše oddělení. Při příjmu porucha vědomí, pacientka reagovala pouze na algické podněty, aktivní hybnost končetin zachována, nápadný otok pravého horního očního víčka. Dodatečně hlášena pozitivita 5 hemokultur ze 6ti odebraných, Streptococcus pneumoniae. Při léčbě megadávky penicilinu se pacientka do druhého dne probírá z bezvědomí. Pro lokalizaci bolestí hlavy do oblasti čela a otoku pravého očního víčka provedeno CT VND. Zobrazeno osteom obturující pravý frontální a ethmoidální sinus. Postupně dochází k protruzi pravého bulbu a zhoršování zraku. Osmý den hospitalizace u nás indikováno operační řešení, které provedeno ORL lékařem. Operace vedena transnasálním a transkraniálním přístupem. V dutině čelní hnisavá sekrece. Část osteomu komunikujícího s přední lební bází ponechána. V pooperačním průběhu bez závažnějších komplikací.

### **Závěr**

U hnisavých meningitid je třeba vždy myslet na možný sekundární původ, hledat ložisko infekce a eventuelně ho chirurgicky řešit.

## 5. 5. Syndrom tukové embolie u mladého muže

**MUDr. Junková Jana**

*Nemocnice Písek a.s., Interní oddělení Nemocnice Písek a.s.*

Embolie tukových částic při frakturách dlouhých kostí nebo při rozsáhlém poškození měkkých tkání je popisována jako častý fenomén, ale klinicky vyjádřené známky tukového embolizmu se vyskytují ojediněle. Syndrom tukové embolie se projevuje klasickou triádou příznaků: dušnost, CNS projevy a petechie na určitých částech těla. Kauzální léčba není známá. Předkládáme kazuistiku 28letého muže po pádu z kola s frakturou obou kostí bérce, která pro velký otok nebyla týž den operována a za 24–36 hod. se u něj vyvinula závažná hypoxémie. Venozní tromboembolie byla vyloučena. Sonograficky detekovány tukové částičky ve v. femoralis sin., tuk v moči a petechie v typických lokalizacích. Později provedena zevní fixace, přechodně nemocný na ARO, postupně se respiračně zlepšoval. Stran CNS bez závažnějšího postižení. Dimitován domů 13. den od úrazu v dobrém stavu. Zamýšlíme se nad diagnostikou, léčbou a prognosou tohoto onemocnění. V prezentaci dokládáme obrazovou dokumentaci.

## 5. 6. Narkomanie – cesta k trvalé invaliditě

**MUDr. Tereza Horníková**

*Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.*

Pacientka M.K. \*1991, intravenózní toxikomanka 2009–2012 heroin, subutex, abusus alkoholu, bezdomovkyně, na infekční odd. nemocnice České Budějovice přeložena z nemocnice na Bulovce 11/2012.

Tam hospitalizována pro CMP po septické embolizaci do mozku při diagnostikované infekční endokarditidě mitrální chlopně, vyvolané *Streptococcus pyogenes*. Pro rupturu šlašinky s následnou kardiální dekompenzací překládána na KCH oddělení nemocnice Motol, kde 11/2012 provedena náhrada mitrální chlopně mechanickou protézou. Pooperační stav komplikován krvácením do perikardu, což si vynutilo opakované revize. Po stabilizaci stavu opět překlad na Bulovku, kde při levostranné paréze a snížených dechových exkurzích levostranná bronchopneumonie s vysoce resistantními bakteriálními kmeny, překlad na naše infekční oddělení dle spádu. Zde dokončena ATB terapie, diagnostikována chornická hepatitida C, zahájena antivirotická terapie. Dále přeléčena opakovaná mykotická a bakteriální infekce dýchacích cest, pro časté recidivy respiračních infekcí přeočkována autovakcínou. Z infekčního oddělení dále překládána na ARO pro akutní respirační insuficienci při bronchoskopicky prokázaném krvácení do dýchacích cest. Po bronchoskopické lokální zástavě zdroje krvácení zpět na infekční oddělení. Ve spolupráci s psychiatry zahájena odvykávací terapie se substitucí Subutexem, převod na warfarin, překlad na RHB oddělení. Zde rehabilituje chůzi o francouzské holi, trénink pohybových vzorců. Po dimisi kontroly ambulantními psychiatry, ambulantní terapie hepatitidy C. 6/2014 pro výše uvedenou polymorbiditu přijata na interní oddělení před plánovanou extrakcí mnohočetných zadržovaných zubních kořenů. Při ATB profylaxi proveden stomatologický výkon, po kterém opakovaně lokální krvácení z dutiny ústní s nutností opakovaných resatur i při minimálních dávkách podávaného LMWH. Před dimisi převedena zpět na antikoagulaci warfarinem.

Za hospitalizace na interně významná psychická podpora ze strany matky, která denně přítomna, pacientka odchází na propustky. Otázkou bude další osud nemocné stran susp. trvajících závislosti a sociálního zázemí, kontroly virémie při hepatidě C s hodnotami jaterních testů, které mohou ovlivnit antikoagulaci warfarinem, dále otázka kardiální kompenzace při zařazení do běžného života.

## 5. 7. Synchronní urologická nádorová duplicita a význam přesného stagingu

**MUDr. Jan Capouch**

*Onkologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.*

*jan.capouch@seznam.cz*

### Úvod

Přesný staging a tedy přesné určení stadia onkologického onemocnění umožňuje rozhodnout o správné terapii. Při souběhu dvou malignit vnikají rozpaky, které z nich přisoudit kterou generalizaci. Tyto rozpaky se zvyšují při blízké lokalizaci obou nádorů.

### Vlastní kazuistika

Pacient muž, ročník 1956. 1.2.2011 na Urologickém oddělení Nem. ČB a.s. provedena plánovaná operace tříselné kýly a biopsie ložiska penisu. Během výkonu nález makroskopicky změněného varlete, proto přistoupeno též k orchiektomii vlevo.

histologie z varlete: Celé varle kromě žizevnatých ložisek je prorstlé nodulárními ložisky výrazně nekrotického seminomu. Průměr nádorových uzlů 5 až 15 mm. Novotvar prorůstá do vazivového pouzdra bez přerůstání skrze pouzdro do okolí. Prorůstá přes rete testis do nadvarlete, které v celém rozsahu infiltruje. Vrůstání seminomu do lymfatických a krevních cév nezjištěno. Semenný provazec bez nádorové infiltrace v krevních či lymfatických cévách. M-9061/32.

histologie z penisu: dlaždicobuněčný nerohovějící karcinom s hustou lymfoplazmocytární infiltrací kolem nádorových čepů. Vrůstání do lymfatických a krevních cév nezjištěno. M-8070/32.

18.2.14 doplněna parciální amputace penisu

histologie: Distální část penisu délky 3,5 cm, průměr 2,7 cm. Na glans a přilehlé části předkožky je zhrubělé ložisko 2 × 1,2 cm tvořené infiltrativně rostoucím povrchově zvrhodatělým dlaždicobuněčným nerohovějícím karcinomem. Prorůstá do spongiozního tělesa na vzdálenost 3 mm s vrůstáním do lymfatických a krevních cév. Resekčních linií nedosahuje. M-8070/32.

až pooperačně provedeno 23.2.14 stagingové CT břicha a pánve:

V oblasti retroperitonea pod úrovní renálních cév vlevo v typické lokalizaci patologicky zvětšené lymfatické uzliny dosahující velikosti až 30 mm. Další pakety patologicky zvětšených lymfatických uzlin v oblasti pánve a třísla vlevo podél ilických cév.

staging seminom:

pT2 NX MX

regionální mizní uzliny jsou povrchové a hluboké inguinální mizní uzliny a pánevní uzliny

staging karcinom penisu:

pT1 NX MX

regionální mizní uzliny jsou paraaortální břišní uzliny, po chirurgickém zákroku tříselnou nebo scrotální cestou jsou spádovými i inguinální a pánevní uzliny

Karcinom penisu a seminom varlete jsou onemocnění s jiným biologickým chováním, jinou prognózou a odlišnou onkologickou terapií. V tomto případě nebylo možno rozhodnout, zda maligní mizní uzliny dle CT vyšetření náležejí k nádoru varlete či penisu. Přičemž retroperitoneální uzliny jsou regionálními uzlinami pro seminom, terapie by pak byla plně kurativní, ovšem v případě dlaždicobuněčného karcinomu



penisu by se jednalo o vzdálenou generalizaci a tudíž o paliativní terapii. Proto bylo rozhodnuto o maximální histologické verifikaci postižených mízních uzlin.

21.4.11 byla odebrána biopsie z levého třísla – histologie neprůkazná. Proto provedena 12.5.14 nejprve disekce tříselných uzlin vlevo a punkce retroperitoneálních lymfatických uzlin.

histologie z třísla: jedna z pěti uzlin kompletně prorostlá ložiskově nekrotickou meta nerohovějícího dlaždicobuněčného ca penisu bez prorůstání skrze pouzdro do okolí M-8070/6

punkce retroperitoneálních uzlin negativní, proto přistoupeno k laparotomické verifikaci – paraaortální lymfadenektomií vlevo a exstirpaci levostranné pánevní uzliny

histologie: ze sedmi uzlin 1 LU téměř komplet. fibrotizovaná s přetrvávajícími zárodečnými centry

ilická LU vlevo – 5 × 3 × 2cm je rovněž jak fibrotizovaná, tak nekrotická se stín. bb. nádoru a ložiskem seminomu o prům. asi 4,5mm, které je dobře zachovalé. M-9061/6.

definitivní staging seminomu: pT1 pN1 M0 stadium IIA

definitivní staging karcinomu penisu: pT2 p N1 M0 stadium II

Rozhodnuta dispenzarizace stran karcinomu penisu a kurativní aktinoterapie na oblast paraaortálních a levostranných pánevních uzlin stran karcinomu varlete.

Další průběh onemocnění bohužel nebyl příliš příznivý. V prosinci 2011 zjištěna histologicky verifikovaná metastáza karcinomu penisu v pravostranné inguinální uzlině, provedena disekce pravého třísla následovaná adjuvantní aktinoterapií. 15.1.2014 provedena amputace penisu s nálezem lokální recidivy dlaždicobuněčného karcinomu. Na kontrolních CT a PET/CT vyšetřeních opakovaně sporný nález v plicním parenchymu, v květnu 2014 definitivně prokázána vícečetný metaprocess plic. Od 10.6.14 zahájena paliativní chemoterapie TIP.

## 5. 8. Papilární karcinom štítné žlázy v ovariální strumě

**MUDr. Vojtěch Kratochvíl**

*Oddělení nukleární medicíny, Nemocnice České Budějovice, a.s.*

Abstrakt: U 36-leté pacientky zjištěna při preventivní gynekologické prohlídce rezistence na pravém vaječníku. Na UZ pravé ovarium velikosti 60x35 mm s hypoechogenními cystickými a hyperechogenními solidními ložisky. Laboratorně CA 125, AFP, HCG, CEA v normě. Pro podezření na dermoid provedena laparoskopicky pravostranná adnexektomie. Histologicky zjištěn zralý (diferencovaný) cystický koetální teratom se strukturami charakteru struma ovarii, ve které bylo zjištěno ložisko papilárního karcinomu štítné žlázy. Následně provedena totální thyroidektomie a v hluboké hypotyreóze thyreoablace radiojódem. Pacientka je příkladem velmi vzácného výskytu maligní ovariální strumy a připomenutím specifického terapeutického managementu, který se dle dostupné literatury považuje za neefektivnější. Vzhledem k vzácnosti onemocnění však zůstává léčba i prognóza předmětem sledování.

## 1. 1. Péče o pacienta s duševním onemocněním

**Mgr. Dvořák Vít**

ZSF JU v Českých Budějovicích, Katedra veřejného a sociálního zdravotnictví, Nemocnice České Budějovice a.s. Psychiatrické oddělení. dvorak.szu@centrum.cz

### Úvod

Kazuistika pojednává o pacientovi s opakovaným pobytem na Psychiatrickém oddělení po suicidálním pokusu s odstupem dvou let. Pacient přijat cestou Traumatologického oddělení pro pořežení levého zápěstí. K dekompenzaci psychického stavu dochází v souvislosti s programujícím stavem somatického onemocnění a nelehkou sociální a rodinnou situací. Somatický i psychický stav je zhoršován i abusem alkoholu a nedodržování nastavené léčby.

### Kazuistika

Opětná hospitalizace pacienta psychiatrického oddělení muže 38 let, který byl přeložen z Traumatologického oddělení pro pořežení v suicidálním pokusu. Před dvěma lety byl přijat pro poruchy způsobené alkoholem – odvykací stav. Již v této době prožíval debaklovou životní situaci spojenou s nově zjištěným onemocněním a následným odchodem ze zaměstnání.

Pro somatické onemocnění byl odejit z Amrády ČR kde působil jako voják. Zaměstnání mu rovněž zajišťovalo ubytování. Před dvěma lety mu byla zjištěna roztroušená skleróza. S tímto onemocněním je léčen a dispenzarizován. Složitá je i rodinná situace. Je svobodný, bezdětný a bez blízkých příbuzných. Při přijetí objektivně působí subdepresivně, bezradně, sociálně staženě, lucidní a orientovaný ve vše oblastech. Bez projevů odvykacího stavu a psychotického prožívání. Emotivita labilní v kontextu akcentované osobnosti s možností dalšího suicidálního jednání. Udává, že alkohol již nepije. Drogy nejuje, ale pravidelný kuřák. V rámci somatického onemocnění zhoršená chuze.

Při přijetí pacientovi nasazena medikace ve smyslu anxyolitik pro zklidnění stavu a vyčkáni efektu nasazených antidepressiv. Nadále se pokračovalo v nasazené somatické léčbě. Pacient během hospitalizace klidný, bez výrazných nápadností. Při kontaktu se prezentuje pokleslým dojmem, neschopen konstruktivních plánů do budoucna. Opakovaně proklamuje suicidální tendence. Z tohoto důvodu zvýšený režim kontroly pacienta bez možnosti vycházek. Plánování do budoucna je nekonzistentní. Během vizit manipulativní projev. Z pacientovy strany snaha o titraci dávek benzodiazepinů. Opakovaně přistihnout zdravotnickým personálem u osobních věcí jiných pacientů, při konfrontaci arogantní projev. Nelze též zapojit do pracovní terapie z důvodu nespolupráce pacienta a nezájmu. Projevující se asociální rysy v chování. Stav stacionární a vzhledem trvajícím suicidálním vyhrůžkám, dvaadvacetidenní délce hospitalizace, neschopnosti konstruktivního řešení situace přeložen k dalšímu doléčení do Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Při hospitalizaci dle Traumatologického oddělení docházelo k pravidelným převazům rány a postupně rehabilitaci končetiny.

### Závěr

Suicidální pacienti nejsou nejen na Psychiatrické oddělení žádnou výjimkou a jejich léčba je dlouhodobá a závisí na mnoha faktorech. Akutní lůžka ne vždy umožní úplné doléčení těchto pacientů. Proto je volena další možnost doléčení pacienta a to v psychiatrických léčebnách. Tyto zařízení umožňují delší dobu hospitalizace a v kontextu těchto diagnóz i systematickou psychoterapii, jelikož medikace jako u jiných onemocnění zcela stav neupraví. Na našem oddělení v rámci hospitalizace navštěvují stacionář nebo též pracovní terapii. Kde se snaží zapojit do činností podporujících odklonění od myšlenek zhoršují jejich stav. Proto by nadále prvky systematické psychoterapie i ergoterapie mít podporu a další rozvoj.

## 1. 2. Pacientka s jícnovými varixy v 25. týdnu rizikového těhotenství

**Klivanová Zuzana, Dis.**

Nemocnice České Budějovice a.s., Boženy Němcové 54, 37001, ARO-RES II.

### Úvod

Jícnové varixy označují rozšíření žilních pletení ve stěně jícnu. Jedná se o stav velice nebezpečný, při kterém může dojít k náhle vzniklému krvácení a úmrtí pacienta. Příčinou vzniku jícnových varixů je portální hypertenze. Jde o přetlak v portální žíle, která se nachází v břiše a vzniká soutokem žil tekoucích ze střeva a sleziny. Tato žíla ústí do jater, kam vede živiny a toxické sloučeniny vstřebané ze střev. Jícnové varixy vznikají, pokud nemůže krev protéci z portální žíly do jater a začne si hledat nové, boční cesty průtoku. Především žíly ve stěně jícnu představují náhradní cestu průtoku. Při prasknutí jícnových varixů se krvácení dá těžko zastavit. Je spojené s hematemézou a melénou. Je důležité zajistit okamžitou první pomoc v podobě zajištění nitrožilního vstupu a podání patřičných léků a krevních derivátů. Poté se provede pomocí gastrokopického přístroje ošetření varixů. Další metoda léčby je TIPS (transjugulární intrahepatální portosystémový shunt, který normalizuje portální hypertenzi (1).

### Vlastní kazuistika

Pacientka byla přijata na gastroenterologické oddělení 10.12.2013 pro nevolnost a zvracení. Poslední krvácení z jícnových varixů udává před mnoha lety. V průběhu příjmového vyšetření začala masivně zvracet krev a velká koagula. Byla jí proto zavedena trojcestná jícnová sonda a pacientka byla přeložena na JIP. V dalším průběhu hospitalizace začala být pacientka velmi neklidná, vytrhla si jícnovou sondu a již nebyla schopna dalšího ošetření. Poté bylo ošetřujícím lékařem kontaktováno oddělení ARO pro stabilizaci vitálních funkcí. Pacientka byla přijata na oddělení ARO 11.12.2013 ve 2:05 hodiny v noci. Byla napojena na monitor, pro monitorování funkcí. Byla zavedena tepna na arterii radialis dextra pro kontinuální měření krevního tlaku, dále byl zaveden centrální žilní katétr vena subclavia dextra trio ag. a zaveden permanentní močový katétr č.14.

Po domluvě s gynekologem bylo doporučeno provést stabilizaci stavu a endoskopické řešení krvácení pro rizikové těhotenství. Pacientce bylo podáno Dormicum 3+2mg a lékař z gastroenterologického oddělení provedl endoskopické vyšetření, během kterého došlo k masivní hemateméze, proto provedeno OTI, tubus č.8 na 17cm a napojení na UPV. Po anestezii byla provedena sklerotizace jícnových varixů, nato-

čeno příjmové EKG, bronchoskopie. Podány byly 3krát MP, 3krát EBR a 1krát TBD. Pro hypotenzi byl nasazen Noradrenalin kontinuálně 10ml/hod a na podporu diurézy Furosedim bolusově 10mg.

V 8:45 minut byla provedena kontrolní gastrokopie s nálezem masivního krvácení. Krevní ztráty byly hrazeny krevními deriváty a fibrinogenem a byla zavedena jícnová sonda. Po domluvě s gynekologem bylo indikováno ukončení těhotenství. V 9:30 byl proveden Sectio Caesarea acuta. Vybaven byl živý plod o údajné váze 900mg. Plod byl předán do péče neonatologů. Zaveden byl redon z dutiny břišní a břišní drén na spád. Při výkonu došlo ke krevní ztrátě 3000ml a opět byly podány krevní deriváty. V 11:00 návrat z operačního sálu. Nasazen byl Unasyn 1,5mg á8hod, Exacyl 1g.

#### Souhrn hospitalizace

- 13.12. K zvažení lékařů byla eventuální splenomegalie, embolizace lineárního řečiště nebo překlad do Fakultní Nemocnice Hradec Králové. TIPS nelze realizovat, jícnová sonda EX.
- 14.12. Po domluvě s lékaři FN H.Králové pacientka ponechána na oddělení ARO. V plánu sedační okno, odpojení od ventilátoru.
- 17.12. Dnes provedena PDTSK. Břišní drén byl vytažen a konec poslán na K+C.
- 18.12. Pacientka se nabouzí do dobré kvality vědomí, provázeno vegetativní reakcí. Pro PSM neklid sycena antipsychotiky.
- 21.12. Odpojení od ventilátoru. Nebulizátor SVO2 5l/min., FiO2 0,4%.
- 22.12. Dekanylace bez komplikací. Pacientka schopna odkašlat. Dechová aktivita v normě.
- 23.12. Překlad na gynekologii-JIP.

## 1. 3. Terminální stádium pacienta se zhoubným nádorem pyriformního sinu

**Martina Pavlicová**

Hospic Chrudim, martpavl@centrum.cz

#### Úvod

Nádory hlavy a krku sice nepatří mezi tak časté, ale ani ne výjimečné. Mezi nádory hlavy a krku řadíme nádory horního dýchacího traktu, polykacích cest a slinných žláz. Patří sem i nádory, které vyrůstají např. z kůže, cév, nervů a dalších tkání. Tyto nádory v zemích Evropské unie jsou u mužů diagnostikovány jako 4. nejčastější nádorové onemocnění. Nejnižší výskyt je ve Švédsku a Anglii a naopak nejvyšší ve Francii, kde se objevují stejně často jako nádory plic. U žen je výskyt nádorů v oblasti hlavy a krku mnohem nižší než u mužů. Nádory se většinou objevují u kuřáků a ještě častější výskyt byl shledán při kombinaci kouření a alkoholu. Léčba bývá chirurgická, v kombinaci s radioterapií nebo chemoterapií. Vše je samozřejmě odvozeno od stavu pacienta a rozsahu nádoru (metastázy). Odstranění postiženého orgánu v této oblasti má u pokročilých tumorů závažné funkční dopady pro žvýkání, polykání, dýchání, mluvení, často vyžadující rekonstrukční výkony i následnou rehabilitaci. Paliativní operace směřují k zajištění základních životních funkcí, jako je dýchání (tracheostomie) a polykání (gastrostomie).

#### Vlastní kazuistika

Kazuistika poskytuje náhled na náročnost ošetrovatelské péče o dospělého muže s pokročilým nádorem pyriformního sinu. Zachycuje ošetřování hlubokého plošného defektu s otevřeným kožním krytem v oblasti krku a hrudníku. Popisuje způsob komunikace při absenci hlasu a postupně i sluchu a zraku. Text vyvrací domněnku, že umírání je plné bolesti a důkazem toho je nepřítomnost analgetické terapie či opiátů po celou dobu hospitalizace. Sleduje posledních 42 dnů života 58 letého pacienta. V popředí lékařské péče je po celou dobu hospitalizace snaha o redukci masivních otoků v obličejové oblasti, eliminace velkých krevních ztrát při převazech a nezbytná je péče o psychické pohodlí jak pacienta, tak rodiny.

#### Závěr

Cílem kazuistiky je nastínit poslední měsíc života onkologicky nemocného, jak zmírnit příznaky zákeřné nemoci a zajistit důstojné umírání. Nacházíme i prostor k otázkám autonomie pacienta, což může být námětem do diskuze. Zkušenosti a informace vycházejí z mé praxe zdravotní sestry v hospicu.

## 1. 4. Na HDS chodím jako do společnosti

**Jitka Tamáš Otásková<sup>1</sup>; Věra Olišarová<sup>2</sup>; Interní oddělení<sup>2</sup>, HDS<sup>1</sup>, primářka MUDr. Marie Pešková, vrchní sestra Bc. Pavla Havlišová**

Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 54, 370 01, České Budějovice<sup>1</sup>; ZSF JU, Jírovцова 24, 370 04, České Budějovice<sup>2</sup>

#### Úvod

Pacientům, kteří jsou pro nefunkčnost ledvin odkázáni na hemodialýzu, je vytvořen cévní přístup. Z trvalých cévních přístupů se nejčastěji jedná o arteriovenózní fistuli (dále AV fistule). V lokální anestezii je na chirurgickém oddělení během krátké hospitalizace vytvořena arteriovenózní spojka, nejčastěji na předloktí nedominantní končetiny. Pacient je poučen v oblasti péče o končetinu pro zachování její funkčnosti. Edukace je zaměřena na hygienickou péči, kontrolu funkčnosti a vzhledu AV fistule, prevenci a včasné rozpoznání komplikací, prevenci traumat, přiměřenou zátěž dané končetiny během dne i během spánku, nošení vhodného ošacení i šperků, správné „odmačkání“ vpichu po dialýze. V kazuistice je podrobněji nastíněn průběh ošetrovatelské péče o pacientku v oblasti péče o AV fistuli, ošetrovatelská péče před, v průběhu a po hemodialýze. Dále zkušenosti pacientky s hemodialyzační léčbou.

#### Kazuistika

Pacientka narozená v roce 1955, trpí chronickým selháním ledvin, sekundární hypertenzí, při hemodialýze hypotenzí. V dětství měla vrožený rozštěp páteře, který byl řešen operativně. V současné době je pacientka špatně mobilní, chodící o berlích, provádí běžné denní aktivity doma

samostatně. Trpí monstózní obezitou, BMI je 42,98. Před nefrektomií měla inkontinenci moče, nyní přetrvává inkontinence stolice, která velmi ovlivňuje kvalitu života a spokojenost pacientky. Pacientka má založenou AV fistuli na levé horní končetině, jejíž funkčnost trvá již 9 let. Pacientka o končetinu pečuje dle zásad a doporučení zdravotnického personálu. Od 14.6.2005 je v pravidelném dialyzačním programu. Pro svůj těžký zdravotní stav není vhodnou pacientkou k transplantaci.

#### **Závěr**

S pacientem s AV fistulí se můžeme setkat na jakémkoliv oddělení. V naší péči se snažíme zachovat co možná nejdelší funkčnosti AV fistule. Na této péči se podílí sám pacient, který je podrobně edukován, sestry z HDS při hemodialýze a v neposlední řadě sestry všech oddělení, kde je pacient hospitalizován. Na končetině, kde je vytvořena AV fistule, není doporučeno provádět měření TK, odběry venózní ani kapilární krve, zavádění periferního žilního katétru, aplikace infúzí a injekcí. Obdivuhodný je životní optimismus pacientky při každé návštěvě HDS. Sama o sobě říká, že na dialýzu chodí jako do společnosti.

## **1. 5. Pozitivní test na okultní krvácení – bagatelizace pacientem**

### **Věra Trníková**

*Gastroenterologické oddělení (ambulance), Nemocnice České Budějovice, B. Němcové 585/54, 370 87, České Budějovice  
vera.trnikova@seznam.cz*

#### **Úvod**

Jako endoskopická sestra si často uvědomuji a setkávám s faktem, že výskyt karcinomu tlustého střeva a konečníku je v naší Českomoravské kotlině s tradičními výživovými zvyklostmi (pivo, tučné maso), konzumním životním stylem na předním místě mezi zhoubnými nádory. Pokud se zjistí tento nádor včas, je to jeden z nejlépe léčitelných nádorů. Přeměna v invazivní adenokarcinom je proces postupný, mnohaletý. Je velice důležité, aby se stalo samozřejmostí u praktických lékařů vyšetření per rektum, neobávat se upozornit na změny defekačního stereotypu, odchod menšího množství stolice s krví a hnisem. Další příznaky mohou být anemizace, hubnutí, dyspepsie.

Naprostá většina kolorektálních karcinomů vzniká z adenomových polypů. Podle histologických struktur se adenomy dělí na tubulární, tubulovilózní a vilózní s lehkou nebo těžkou dysplázií. Platí, že čím těžší dysplazie, tím blíže ke karcinomu.

Za rizikové faktory pro vznik karcinomu jsou považovány velikost polypu, vícečetnost výskytu, vilózní struktura a těžký stupeň dysplazie. Léčbou adenomových polypů je kličková polypektomie, mukosektomie a disekce, která přerušuje proces změny benigního nádoru v nádor maligní.

Nemalou pomocí ve vyhledávání pacientů se střevními polypy je test na okultní krvácení do stolice (TOK), který vychází z poznatku, že nádory střeva intermitentně krvácejí. Další významný krok je kolonoskopie.

#### **Kazuistika**

Na gastroenterologickou ambulanci přichází 64 letý pacient s 2 roky starým doporučením od PL ke kolonoskopickému vyšetření pro pozitivní TOK. V anamnéze VCHGD. Poslední tři neděle pociťuje bolesti zad s propagací do PHK a bederní páteře. Několik posledních dní má pacient nechutenství a bolesti břicha. Bolest nesouvisí jídlem, defekační dyskomfort pacient neguje. Stolica je vícekrát denně, spíše řídká, bez příměsí krve.

BMI 26,5 při výšce 185cm /91 kg. Zhubl cca 4kg.

Odebrána krev na KO bpn, BIO zde navýšení CRP na 227,4mg/l, GGT na 6,68 ukat/l a tumor markery.

Na bolest aplikován Veral i.m.,

Objednáno vyšetření kolonoskopické, UZ břicha a neurologická konzultace.

Vydány recepty na Controloc 20mg tbl. 1-0-0., Zalciar tbl. 1-1-1., Dimexol 200mg tbl. 1-1-1

Výsledek výše objednaných vyšetření přináší vzhledem k časovému prodlení neblahou zprávou: invazivní adenokarcinom střeva s mnohočetným metastatickým procesem jater.

#### **Závěr**

Edukovat populaci na možnost screeningové a primární screeningové kolonoskopie. Naučit hlavně naši populaci zodpovědně přistupovat k primární prevenci: „Národnímu programu v populaci s vysokou incidencí kolorektálních karcinomů“, zahájený ČR 01./07./2000 za významné podpory NADACE VIZE 97 manželů Havlových. Pokusit se o cestou osvěty změnit životní styl obyvatelstva, snížit problémy termolýzy, nadváhy, stresu a přijmout módní trend ze staré Číny, kdy Zdraví a dlouhověkost se pokládaly za projev životní moudrosti!

## **2. 1. Neklidný pacient – riziko a ohrožení**

### **Klímová. L**

*Nemocnice České Budějovice, a.s., Gastroenterologické oddělení, Č. Budějovice, Česká republika*

**Klíčová slova:** agrese, násilí, varovné signály, agresivní projevy, možnosti terapeutického ovlivnění, fyzické omezení.

Kazuistika prezentuje 50letého pacienta, který byl hospitalizován na Gastroenterologickém oddělení pro akutní pankreatitidu. Za hospitalizace se objevily varovné signály počínajícího deliria, neklid, agrese. Pro rozvíjející se neklid, slovní výpady a agresivní projevy, byly dle ordinace lékaře použity omezovací prostředky (magnetické kurty a popruhy k připoutání pacienta na lůžko) za účelem omezení rizik souvisejících s psychomotorickým neklidem a agresivitou pacienta. Současně s neklidem se u pacienta rozvinula dechová nedostatečnost, omezovací prostředky bylo nutno zmírnit, což vedlo k nedostatečnému zajištění pacienta a vyvrcholilo agresivním projevem a násilím vůči okolí. Byla nutná evakuace a ochrana spolupacientů, následně asistence policie. Před těmito zásahy však pacient napadl a zranil personál.

Následoval překlad na Anesteziologicko – resuscitační oddělení a následně na Psychiatrické oddělení.

Neklid a agrese může být průvodním jevem psychických poruch, musíme ale odlišovat nepsychiatrické **příčiny neklidu**. Primárním úkolem je zajistit bezpečnost pacienta a ostatních přítomných osob. Farmakologická intervence bývá nezbytná, zkrátí dobu neklidu a fyzického omezení. Zde je prostor pro diskuzi o **včasném** rozpoznání varovných signálů, prevenci ohrožení, včasném použití farmakologické léčby, vhodnosti a rozsahu použití omezovacích prostředků. V závěru uvádím obecně platné zásady ke **zvládnutí agresivity nefarmakologickými prostředky, které by měly být součástí** školení personálu. Zde se nabízí prostor pro instituce, orgány, odborné analýzy a případná opatření týkající se osvěty a prevence v této oblasti.

## 2. 2. Komplikované hojení ran po úrazu dolní končetiny

**Mgr. Polanová Alena**

ZSF JU v Českých Budějovicích, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence  
polanova@zsf.jcu.cz

### Úvod

Rána (vulnus) znamená porušení kožní integrity, které je způsobeno fyzikálním působením.

Akutní rána vzniká nejčastěji úrazem, ale i chirurgickým zákrokem. Hojí se většinou per primam do 6 týdnů. Jestliže je léčení delší než 6 týdnů i přes odpovídající léčbu, lze ránu označit jako chronickou. Hojení ran je ovlivněno vnitřními a vnějšími faktory, které musíme správně učit, aby byla zvolena správná léčba.

### Kazuistika

Pacientka, 60 let, byla přijata na oddělení úrazové chirurgie s úrazem obou dolních končetin – zlomeniny bérce. Léčba byla komplikovaná osteoporózou. Zlomenina bérce na LDK se zhojila bez komplikací. U pravého bérce došlo k rozvinutí kompartment syndromu. Řešeno fasciotomií. Při uzavírání defektu po fasciotomii byla též provedena autotransplantace, kdy byla kůže odebrána z pravého stehna. Na nártu a plosce pravé nohy byly u ženy rozsáhlé defekty, které se nedařilo pravidelným převazováním zhojit. Na pravém dolní končetině v oblasti stehna byl nehojící se defekt po odběru kůže. Po třech měsících převazování (Rivanol, Persteril) bylo v léčbě ran pokračováno pomocí materiálů vlhkého hojení. Ovšem pouze vlhké hojení by k vyřešení problému nevedlo. Léčba byla kombinována s hyperbaroxií, doplněním stravy o stopové prvky (zinek) a i menší chirurgický zásah. Po třech měsících byly defekty na plosce nohy a v oblasti stehna zhojeny, na nártu došlo téměř ke zhojení

### Závěr

Jak již bylo v úvodu napsáno, hojení ran ovlivňují vnitřní a vnější faktory. U této pacientky bylo nutné zohlednit nejen věk, přidružené onemocnění, ale posoudit i stav výživy a doplnit ji o vhodné doplňky. Je například známo, že nedostatek zinku ovlivňuje regeneraci tkání a zpomaluje proces hojení. Dále zdárné hojení ovlivňuje dostatek kyslíku v tkáních, psychický stav, strach, bolest atd. U této pacientky se ukázalo, že k úspěšné léčbě je ideální kombinace několika druhů léčby, které se navzájem doplňují a prolínají – výživa, vlhké hojení ran, hyperbaroxie, chirurgický zásah. Ovšem nezastupitelnou roli zde má sestra, která zde plní roli edukátorky, poskytovatelky ošetrovatelské péče, manažerky atd.

## 2. 3. Pacient s rakovinou varlat

**Bc. Pospíšilová Markéta, Mgr. Polanová Alena**

ZSF JU v Českých Budějovicích  
polanova@zsf.jcu.cz

### Úvod

Zhoubné nádory varlat se v populaci vyskytují vzácně, přesto jejich incidence stále stoupá, a to po celém světě. Jen v České republice se za posledních 30 let počet nemocných zdvojnásobil. To potvrzuje i Národní onkologický registr ČR, který uvádí výskyt v čísle 8–9/100 000, což znamená 440 nových případů za rok. Zhoubné nádory varlat jsou zrádné převážně věkovým výskytem, jelikož postihují muže ve věku 15–40 let. V tomto období jsou muži na vrcholu svého fyzického i psychického vývoje a neuvědomují si svoji náležitost k rizikové skupině. Kromě sportovních prohlídek většinou nenavštěvují ani pravidelná preventivní vyšetření. Proto je důležité dbát na informovanost mužů o dané problematice, která může napomoci včasné diagnostice v případě onemocnění (Bajčiová, 2011; www.rakovinavarlat.cz);

### Vlastní kazuistika

Pacient, 25 let, navštívil v roce 2007 lékaře. Stěžovala si na bolesti zad v oblasti bederní páteře. Po řadě vyšetření, kromě jiného na ortopedickém oddělení, byla diagnostikována Bechtěrevova choroba. Následovala léčba, kdy pacient podstoupil rehabilitaci po dobu dvou měsíců. Bolest, která se stupňovala, pacienta omezovala v běžných denních činnostech. Po dalším odborném vyšetření byl diagnostikován útvar na levém varletu. Dále také metastázy v břišní dutině a v oblasti mediastina. Pacient podstoupil odstranění varlete a chemoterapii, chirurgické odstranění metastáz. Léčba trvala 9 měsíců, pacient je v současné době stále v invalidním důchodu. I když byl během léčby informován několikrát o samovyšetření varlat, tak jej neprovádí. Důvod – psychická pohoda, nemá obavy z onemocnění.

### Závěr

Jak uvádí Klener v knize Vnitřní lékařství (Klener, 2011) se projevuje Bechtěrevova nemoc v mladém věku a to bolestmi zad, ale dle Bajčiové (Bajčiová, 2011) se u nádorů varlat též objevují bolesti zad v bederní oblasti, ovšem velmi často bývají již při metastázách nádoru varlete. Můžeme si klást otázky. Například, zda by pomohlo k časnému podchycení nádoru samovyšetření varlete? Ovšem pacient nikdy neslyšel

o nebezpečí nádoru varlete a neznal metodu samovyšetření. Další problém, který se objevuje, že ač pacient prodělal toto onemocnění a již po operaci by seznáměn s metodou samovyšetření, tak toto stejně neprovádí.

Co můžeme udělat pro lepší informovanost mladých mužů o nebezpečí nádorů varlat?

Možná by pomohla lepší osvěta – dle Abrahámové (2008), někteří muži nechávají zajít velikost skrota do extrému. Zamyslet se nad úlohou dětských lékařů, sester. Tato kazuistika vychází z bakalářské práce na téma nádorů varlat. Je nutné říci, že nikdo z oslovených respondentů neměl tušení, že by je mohlo něco podobného postihnout. Zajímavá je myšlenka jednoho z respondentů, který též prodělal léčbu. Když mají ženy preventivní prohlídky týkající se rakoviny prsu, proč nemohou mít muži preventivní prohlídky u urologa.

## 2. 4. Dárek k 18. narozeninám – kazuistika z hemodialýzy

**Jitka Tamáš Otásková<sup>1,2</sup>, Zdena Bürgerová<sup>1</sup>; Interní oddělení, HDS, primářka MUDr. Marie Pešková, vrchní sestra Bc. Pavla Havlišová**

*Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 54, 370 01, České Budějovice<sup>1</sup>; ZSF JU, Jírovčova 24, 370 04, České Budějovice<sup>2</sup>*

### Úvod

Peritoneální dialýza (dále PD) nahrazuje čisticí funkce ledvin filtrací krve přes peritoneum. Dialyzát je čisticí roztok, který je napuštěn do dutiny břišní pomocí Tenckhoffova katetru. Po nasycení odpadními látkami je z dutiny břišní následně vypuštěn a vždy nahrazen dialyzátem novým. Jedním typem PD je automatická peritoneální dialýza (dále APD) neboli kontinuální cyklická peritoneální dialýza (dále CCPD) resp. NIPD (noční intermitentní peritoneální dialýza), kdy výměny jsou prováděny za pomoci přístroje Cycleru 4–5× za noc během spánku pacienta. V kazuistice je nastíněn průběh ošetrovatelské péče o pacientku léčenou noční intermitentní peritoneální dialýzou. Dále příprava na zařazení do Národního registru osob čekajících na transplantaci a ožřejmšená problematika párové transplantace z žijícího dárce.

### Kazuistika

Pacientka narozená v roce 1995, trpí chronickým selháním ledvin CKD 5. Přidružená onemocnění jsou sekundární hypertenze, sekundární anémie, atopický ekzém. V polovině února 2013 pacientka pocítovala nespecifické problémy, pocit dušnosti, otoky DK, které jí přivedly na různá oddělení zdravotnických zařízení. Došlo k selhání ledvin, byla hospitalizována na ARO českobudějovické nemocnice, kde jí byla provedena hemodialýza cestou CŽK. Po dovyšetření byla přeložena 20. 3. 2013 do FN Motol v Praze. Podstoupila biopsii 21. 2. 2013. Pravidelná dialyzační léčba (PDL) byla zahájena 2/2013, do 20. 3. 2013 hemodialýza 3×týdně a 12. 3. 2013 byl zaveden Tenckhoffův katétr. Od 20. 3. 2013 je pacientka na noční intermitentní peritoneální dialýze (NIPD) pomocí Cycleru. Ve FN Motol byla hospitalizována od 20. 3. 2013 do 4. 4. 2013. Stále zůstávala v péči tohoto zařízení až do března 2014, kdy dovršila 19 let a byla předána do péče HDS Nemocnice České Budějovice, a.s.

Pacientka je od ledna 2014 zařazena na „waiting listu“, čili Národní registr osob čekajících na transplantaci, jehož administrativu má v kompetenci Koordinační středisko transplantací. Avšak po dovršení 19 let byla dočasně vyřazena a bylo nutné podstoupit škálu vyšetření dle požadavků transplantačního centra, která se neprovádí v dětském věku.

### Závěr

Vzhledem k mládí pacientky je zvažována transplantace od žijícího dárce (v současnosti jsou vyšetřováni rodiče). **Prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc., MBA ve svém článku Perspektivy na webových stránkách Koordinačního střediska transplantací uvádí, že v současné době je přežívání transplantované ledviny z žijících dárců v prvním roce po transplantaci až 98% a průměrně je ledvina funkční 20 let. Při transplantaci z kadaverózního dárce je přežívání transplantované ledviny v prvním roce po transplantaci 95% a průměrně je ledvina funkční 8–12 let. Pacientka oslavila své 18. narozeniny během hospitalizace a v 19 letech podstupuje další vyšetření pro znovuzařazení do registru. Do budoucna plánuje studium, těší se na transplantaci a žije plnohodnotný život s NIPD, která zásadně ovlivnila kvalitu života k lepšímu.**

## 3. 1. Záchrana dolní končetiny

**Mgr. Procházková Marie, Mgr. Polanová Alena**

*Nemocnice České Budějovice a.s. oddělení úrazové a plastické chirurgie  
urazove3@nemcb.cz*

### Úvod

Léčba devastujícího poranění končetiny bývá velmi náročná nejen časově, ale i možností vzniku komplikací a samozřejmě je zde i otázka jakého bude dosaženo konečného výsledku. To znamená, jestli po záchraně končetiny bude i odpovídající funkčnost. Aby léčba byla úspěšná, musí být také kvalitní ošetrovatelská péče. Sestra musí mít dostatek znalostí o ošetřování těchto pacientů a také musí být připravena na eventuelní komplikace, které se mohou vyskytnout a adekvátně ošetrovatelsky reagovat a zasáhnout.

### Kazuistika

Kazuistika se zabývá pacientem, který po úrazu pravé dolní končetiny (poranění kamenem) utrpěl devastující poranění PDK. Hned v počátcích hrozilo nebezpečí amputace PDK. Při příjmu musela být provedena akutní operace, kdy došlo k přemostění defektů na končetině zevním fixátorem. Pacient byl přijat na oddělení ARO, jelikož byl oběhově nestabilní a docházelo k rozvoji multiorgánové dysfunkce. Vzhledem k tomu, že měl v anamnéze udáván chronický ethylismus, je u pacienta diagnostikována trombopenie jako součást ethylické hepatopatie. Po stabilizaci stavu, byl pacient přeložen na jednotku intenzivní péče traumatologického oddělení. Péče o pacienta je dále komplikovaná rozvojem deliria tremens. Pacient je zmatený, nespolupracující. Byla zahájena léčba dle psychiatrického konzilia. Po zvládnutí této kompli-

kace byl pacient přeložen standardní stanicí traumatologického oddělení. Během hospitalizace byly prováděny opakovaně převazy. Z důvodu stavu koagulace nešel provést větší operační výkon. Řešením byl nakonec přenos dermoepidermálního štěpu. Pacient byl přeložen do spádové nemocnice, chodí o berlích, rehabilituje.

#### Závěr

U těchto pacientů je velmi náročná ošetrovatelská péče. Je nutné kontrolovat výživu, vylučování, diurézu, hodnotit bolest. Pacienta, u kterého došlo k rozvoji deliria tremens, je důležité zajistit proti pádu. Další důležitá součást ošetrovatelské péče u deliria tremens je podávání dostatečného množství tekutin, zabezpečit pacienta proti poškození, kdy hrozí (vzhledem k nízkým hodnotám Quicku) krvácení. Jelikož byl pacient po celou dobu upoután na lůžko, je nutná prevence dekubitů. Dodržování bariérové ošetrovatelské péče je samozřejmostí. Jistě by bylo ideální získat pacienta ke spolupráci při ošetřování, ale konkrétně u tohoto pacienta převládala zpočátku zmatenost. Ale i když byl později pacient orientován, tak se adekvátní spolupráce nepodařila navázat, což velmi stěžovalo ošetrovatelskou péči a rehabilitaci.

### 3. 2. Využití metody vlhkého hojení na ONP

#### Mgr. Šárka Vítová; Oddělení následné péče

Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., U Nemocnice 380/III, Jindřichův Hradec, 377 38

onp@hospitaljh.cz, sarkablafkova@gmail.com

#### Úvod

Metoda vlhkého hojení ran je známá a využívaná metoda. Prostřednictvím kazuistiky chceme ukázat, že moderní hojení se využívá i na oddělení následné péče. Cena těchto prostředků je pro nás vyšší, ale z našeho pohledu je to dobrá investice.

Naše oddělení má proškolený tým, který zahrnuje tři sestry. Sestry mezi sebou konzultují jednotlivé případy obvykle třikrát do týdne. Rány a dekubity pravidelně hodnotíme a dokumentujeme jejich stav. Nejčastěji na našem oddělení aplikujeme na rány Hemagel, Hydrosorb gel a Suprasorb.

#### Vlastní kazuistika

Kazuistika prezentuje muže po amputaci levé dolní končetiny, trpící ischemickou chorobou dolních končetin. Navíc je diabetik, který si aplikuje inzulin čtyřikrát denně. Pahýl levé dolní končetiny se rozpadl. Rána o velikosti 11 × 5 cm má klidné okolí, okraje jsou neohraničené. Spodina rány je mírně povleklá, místy se nachází nekrózy. Dále rána mírně secernuje, ale je bez zápachu. Pahýl se převazoval 3× týdně s Hemagel, mastným tylem, sekundárním krytím. Okolí je promazáváno borovou masťou. Za 24 dní se rána zmenšila na velikost 1 × 1,5 cm, s ohraničenými okraji. Okolí rány je klidné, spodina mírně povleklá, sekrece minimální, bez zápachu.

Pravá dolní končetina byla opařena. Vznikla nekrotická rána o velikosti 17 × 3 cm na nártu, na palci je velikost defektu 3 × 3 cm a na ukazováčku má defekt průměr 1,5 cm. Rána se po 24 dnech zmenšila o 3 cm, dále vymizelo zarudlé okolí, ale stále je rána nekrotická, s ohraničenými okraji. V tomto stavu je pacient propuštěn na žádost rodiny.

#### Závěr

U drobných dekubitů se pokožka dokáže zhojit při používání Hemagelu i za týden. Cena Hemagelu je sice vysoká, ale v souvislosti s komfortem pacienta a méně častým převazováním se v podstatě ušetří ostatní materiál.

### 3. 3. Tady je tým – kazuistika z hemodialýzy

#### Jitka Tamáš Otásková; Interní oddělení, HDS, primářka MUDr. Marie Pešková, vrchní sestra Bc. Pavla Havlišová

Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 54, 370 01, České Budějovice; ZSF JU, Jírovцова 24, 370 04, České Budějovice

#### Úvod

Zařazení pacienta do Národního registru osob čekajících na transplantaci předchází návrh ošetřujícího lékaře (nefrologa), schválení příslušného transplantačního centra, popřípadě i vyšetření pacienta v centru. Pacient obdrží konkrétní závěr, zda-li je indikován k transplantaci. K zařazení do registru nesmí být přítomna žádná kontraindikace k transplantaci. Pokud vlastní ledviny pacienta nezpůsobují žádné zdravotní komplikace, jsou ponechány na svém místě a nová funkční ledvina je vložena do levé nebo pravé jámy kyčelní, mezi břicho a břišní dutinu. V kazuistice je nastíněn průběh ošetrovatelské péče o pacienta s hemodialýzou, který je zařazen do Národního registru osob čekajících na transplantaci a dále úloha sestry při výzvě.

#### Kazuistika

Pacient narozený v roce 1962, trpí chronickým selháním ledvin CKD 5 na podkladě polycystózy ledvin. Přidružená onemocnění jsou ICHS, status post IM, arteriální hypertenze 3. stupně (kombinace podávání 4 antihypertenziv). Ve většině případů jsou původní nefunkční ledviny pacientovi ponechány, ovšem náš pacient prodělal nefrektomii v roce 2012 a 2014. Pacient byl v pravidelném dialyzačním programu od prosince 2012 do června 2013, dále byla hemodialýza přerušena vzhledem k uspokojivému laboratornímu nálezu. Do pravidelného dialyzačního programu je pacient znovu zařazen od prosince 2013. Hemodialýza probíhá 3× týdně 4 hodiny. AV fistule je od počátku léčby funkční, založena na levé horní končetině. V červenci tohoto roku je pacient opětovně zařazen do Národního registru osob čekajících na transplantaci.

#### Závěr

Sám pacient tvrdí, že nestačí jen docházet na očištění, ale musí se sám přičinit o účinnost léčby dodržováním léčebného režimu. S velkou radostí nám sděluje informaci, že mu byla doručena zpráva o opětovném zařazení na „Waiting list“.

### 3. 4. Terapeutická endoskopie u polymorbidního pacienta

Anděla Tichá

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s.  
adka.ticha@centrum.cz

#### Klíčová slova

EMR – endoskopická mukosní resekce, snesení přisedlé léze.

NBI – upravené světlo světelného zdroje endoskopu – lépe vykreslí strukturu cév a tkání.

Peace meal – po částech odstraněná přisedlá léze.

EUS – endosonografie, endoskop se zabudovaným ultrazvukem- vnitřní ultrazvuk.

TOK – test na okultní (skryté) krvácení.

#### Úvod

Ve své kazuistice se zaměřuji se na způsob odstranění polypoidní léze u polymorbidního pacienta. Během kolonoskopického vyšetření nacházíme kromě jiných nálezů také polypoidní léze, které jsou široce přisedlé a je potřeba je preventivně odstranit a předcházet tak možnému vzniku nádorového onemocnění.

Zárok provádíme technikou endoskopické mukosní resekce, kdy je přisedlá léze odstraněna, včetně podslizničního pojiva postižené oblasti. Provádí se za pomoci speciálních kliček či nožiček řezajících a zároveň koagulujících tkáň elektrickým proudem. Pro pacienta je tento zákrok zcela nebolestivý, protože sliznice je pro uvedené podněty necitlivá. K provedení liftingu – vyzvednutí patologické tkáně mohou být použity určité roztoky vpravené pod ošetřované místo speciální jehlou. Kompletní odstranění léze je konečným a definitivním řešením.

Při endoskopické mukosní resekcí dochází k narušení souvislého slizničního povrchu ve větším rozsahu. Nelze proto podstoupit výkon a současně užívat léky, které snižují funkci krevních destiček anebo jinak ovlivňují krvácivost či srážlivost. Tyto je třeba vysadit a upravit koagulační parametry. Možné drobné krvácení z místa řezu, lze ošetřit standardními technikami, používanými v digestivní endoskopii.

Výhodou endoskopické mukosní resekce je konečné řešení – odstranění patologické tkáně cestou digestivní endoskopie, bez nutnosti celkové anestezie a klasické chirurgické operace. Tato metoda je zvláště přínosná u polymorbidních pacientů, kde je celková anestezie mnohdy riziková či dokonce kontraindikována.

#### Vlastní kazuistika

Pacient prodělal běžné dětské nemoci, rodiče zemřeli stářím, sourozenci – sestra zdravá, děti zdravé, alergii nemá. Nádorová onemocnění se v rodině nevyskytují.

Polymorbidní pacient, který je však psychicky a fyzicky ve skvělé kondici a jeho biologicky věk je o deset let nižší než věk kalendářní. Pacient je aktivní, chová včely a pečuje o zahradu, má zájem o svůj zdravotní stav a dění kolem sebe. Stravuje se zdravě a dostatečně, BMI 24. Je ženatý, žije s manželkou ve společné domácnosti. Kouří 7 cigaret denně (dříve 20 denně – 60 let), alkohol pije příležitostně. Stěžuje si na časté nucení na stoličce. Občas krev na stoličce, myslí si, že „to jsou hemeroidy“. Navštívil praktického lékaře, proveden test na okultní krvácení, byl pozitivní. Užívané léky: Medformin, 850 mg 1-1-1, Glimepirid 4 mg 1-0-0, Warfarin 5 mg 0-0-1, Atoris 10 mg 0-0-1, Tritace 5 mg 1-0-0, HHTZ 1-0-0, Betaserc 8 mg 0-1-1, Oltar 6 mg 1-0-0

Nemoci, operace, úrazy: Diabetes mellitus II. typu na PAD 20 let, Esenciální (primární) hypertenze 15 let, 3/1973 cholecystektomie, 2/1996 operace prostaty, 1/2008 embolie PHK – trvale warfarinizován, 7/2009 operace tříselné kýly, 9/2009 cévní mozková příhoda (ischemická), 12/2009 opak RZP – hypoglykemie – hospitalizace na interním oddělení, 4/2011 praktický lékař – pacient udává opakované nucení na stoličce, 2–3 stolice denně, 4/2011 praktický lékař – provedl test na okultní krvácení (TOK) – pozitivní výsledek

28/4/2011 **Gastroenterologická ambulance** – TOK pozitivní, per rektum- hmatná rezistence za svěračem.

28/4/2011 – **kolonoskopie** nativní – ve 3 cm od anokutální linie, na zadní stěně tumorosní infiltrace do poloviny cirkumference, výška cca 6 cm v. s. maligní, histologie nebrána (trvalá warfarinizace – Quick test 25% – pacient převeden na Fraxiparin)

6/5/2011 **hospitalizace** – pacient převeden na Fraxiparin, Quick. test 97%

#### 6/5/2011 kolonoskopie

Polypoidní infiltrace na zadní stěně distálního rekta, není jednoznačně maligního charakteru. Odebrána histologie, doporučen EUS vyšetření infiltrace, neprokáže-li se invaze, provedeme snesení endoskopickou mukosní resekcí. Dále EMR. Pacient ponechá na Fraxiparinu

11/5/2011 **Histologie** – tubulovilosní adenom, místy s lehkou a střední dysplazií.

#### 13/4/2011 – EUS rekta (endosonografie)

Infiltrace s invazí do submukosy, muscularis propria intaktní, doporučena EMR snesení polypoidní léze, dále Fraxiparin v dávce 0,6 ml s.c. 1× denně.

#### 17/5/2011

**Kolonoskopie:** analgesodace: Midazolam 2,5 mg i.v.kanylou, aplikace O2 nosní katétre.

**Pacient monitorován.** Rektum prostorné, velký přisedlý polyp distálního rekta, postižena polovina rekta, použita **NBI technika**, struktura polypu nepravidelná, postupná infiltrace adrenalinem a fyziologickým roztokem 1/1 lifting +, provedena EMR peace meal, extrahovány všechny části přisedlého polypu, dány na korek, okraje EMR klidné, drobné krvácení na spodině ošetřeno argon plazma koagulací a klipy, čas výkonu cca 2 hodiny. Odstranění kompletní. Hospitalizace na gastroenterologickém oddělení JIP.

#### 19/5/2011

**Histologie EMR:** histologicky tubulovilosní adenom místy s přechodem v diferencovaný adenokarcinom s invazí do submukosy, nešířící se do spodiny incize, bez angioinvaze.

#### 7/2011 – kontrolní koloskopie ( příprava místní – Yal)

Dobře se hojící lůžko po EMR, žádné zbytky polypu, adenomové tkáně nepozorovány. Doporučeno převést na Warfarin za 3 týdny,

#### 6/9/2011 – kontrolní koloskopie ( příprava místní – Yal)

Jízva po EMR polypu je zcela zhojena, klidná, plošná, bez recidivy. Doporučena kontrolní koloskopie po Yalu za půl roku – **dispenzarizace**

#### 8/3/2012– kontrolní koloskopie ( příprava místní – Yal)



Per rektum – bez hmatné rezistence, tonus svěrače přiměřený, v rektu klidná jizva po EMR, bělavá. Není recidiva. Není krvácení. Doporučena kontrolní koloskopie po přípravě Yalem za rok – **dispenzarizace.**

**10/3/2013– kontrolní koloskopie ( příprava místní – Yal)**

Per rektum – bez hmatné rezistence, tonus svěrače přiměřený, v rektu klidná jizva po EMR. Doporučena kontrolní kolonoskopie po přípravě Yalem **za 2 roky – dispenzarizace. (3/2015)**

**Závěr**

Diferenciálně diagnostické úvahy v několika větvích, poukaz na výjimečnost publikovaného případu. Endoskopická mukosní resekce je endoskopická metoda odstranění polypoidní léze, široce přisedlého polypu nebo sliznice včetně podslizničního pojiva postižené oblasti pomocí flexibilního endoskopu a instrumentaria. Výhodou endoskopické mukosní resekce je konečné řešení, to znamená kompletní odstranění patologické tkáně cestou digestivní endoskopie, bez nutnosti celkové anestezie a klasické chirurgické operace. Tuto možnost lze využít u polymorbidních pacientů, kde se jeví jako vhodné a často jako jediné řešení dané situace.

**4. 1. Polytrauma – traumatická amputace**

**Petr Slabý, DiS;**

*Zdravotnická Záchraná Služba, Jihočeského Kraje, Boženy Němcové 1931/6, České Budějovice 370 01, ZZS Jindřichův Hradec  
pslaby@seznam.cz*

**Úvod**

Výjezd Zdravotnické záchrané služby Jihočeského Kraje k úrazu, priority první v terénu, za snížené viditelnosti (noc). Jednalo se o dopravní nehodu – vysokoenergetické poranění. Čelní náraz osobního automobilu s chodcem. Velkou roli při tomto výjezdu sehrál alkohol.

**Vlastní kazuistika**

V nočních hodinách, přesněji z 03–04.09 2013, 00:35 h přijalo oblastní středisko Zdravotnické záchrané služby v Jindřichově Hradci ze Zdravotnického operačního střediska v Českých Budějovicích tísňovou výzvu v terénu. Jednalo se o dopravní nehodu – sřet osobního automobilu s chodcem, čelní náraz. Stražený muž při vědomí, spontálně ventilující, snad úraz hlavy. Na místo události byla poslána posádka RLP ZZS a zbytek IZS. Na místě: Po příjezdu na místo nalézáme neznámého muže ležícího uprostřed vozovky. Dle svědků nehody byl dotčným sražen autem. Řidič z místa ujel.

NO: muž, cca 45 let s poruchou vědomí somnolentního charakteru, spontálně ventilující, s viditelným úrazem dolních končetin na hranici amputace. Hlavní úlohu v tomto výjezdu sehrál alkohol. Zraněný téhož večera přišel o pravou dolní končetinu a levou dolní končetinu s tříštitivými zlomeninami doléčoval dlouhé měsíce.

**Závěr**

Požitií nadměrného množství alkoholu s fatálními následky.

Řešení hemoragického šoku v přednemocniční neodkladné péči.

Amputace a její následky.

Problematika rehabilitace, začlenění se zpátky do společnosti, protetika.

**Užité zkratky**

ZZS – Zdravotnická záchraná služba

IZS – Integrovaný záchranný systém

RLP – rychlá lékařská pomoc

NO – nynější onemocnění

**4. 2. Aktivní život s hemodialýzou**

**Jitka Tamáš Otásková; Interní oddělení, HDS, primářka MUDr. Marie Pešková, vrchní sestra Bc. Pavla Havlišová**

*Nemocnice České Budějovice, a.s., B. Němcové 54, 370 01, České Budějovice; ZSF JU, Jírovčova 24, 370 04, České Budějovice*

**Úvod**

Nejrozšířenějším typem peritoneální dialýzy je kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (dále CAPD). Pacient výměnu dialyzátu provádí ručně, v domácím prostředí, bez nutnosti použití přístrojů. Čistý dialyzát napustí ze zásobního vaku katétre do břicha a katétr uzavře. Po několika hodinách je roztok nasycený odpadními látkami a ručně vypuštěn zpět do vaku. Do dutiny břišní je napuštěn nový. Proces výměny trvá cca 30 minut a probíhá asi čtyřikrát za den. Dalším typem je automatická peritoneální dialýza (dále APD). Dva až tři týdny před první peritoneální dialýzou je nutné zavést do dutiny břišní peritoneální katétr v lokální/celkové anestezii – Tenckhoffův katétr. Nejčastější komplikací, kterou je pacient s peritoneální dialýzou ohrožen, je peritonitida. V kazuistice je podrobněji nastíněn průběh ošetrovatelské péče o pacienta při zavádění Tenckhoffova katétru, při CAPD, APD, peritonitidě a krátce pohovořeno o založení AV fistule, HD a dále zkušenosti pacienta při jednotlivých postupech léčby.

**Kazuistika**

Pacient narozený v roce 1972, trpí chronickým onemocněním ledvin CKD 5 na podkladě glomerulonefritidy, dále onemocněním diabetes mellitus II. (léčeno dietou a PAD), hypothyreozou se substitucí a arteriální hypertenzí. V 18 letech byla nalezena bílkovina v moči při náhodné vstupní prohlídce. V roce 2004 pacient absolvoval renální biopsii. V polovině května operační tým laparoskopicky zavedl Tenckhoffův katétr na urologickém sále v oblasti pod pupkem a před první dialýzou byla břišní stěna plně zhojena. Od června 2013 pacient prováděl peritoneální

dialýzu (PD), která byla komplikována peritonitidou. Pacienta přivedly typické počáteční příznaky – zkalený dialyzát, bolest břicha, teploty. Sestra z HDS zajistila odběry dle ordinace lékaře – vyšetření dialyzátu (leukocyty v dialyzátu, mikroskopické vyšetření, K+C, mykologii), dále vyšetření krve (hemokulturu, krevní obraz, základní biochemické vyšetření a CRP). Pacient byl hospitalizován na interním oddělení, kam sestra z HDS docházela k výměně dialyzačního roztoku zpočátku 6× denně dle ordinace a aplikovala ATB intraperitoneálně (do dialyzačního roztoku), Heparin i.p. jako prevenci srůstů, (v některých případech při prvních výměnách Mesocain intraperitoneálně pro bolesti dle ordinace). Zajistila pravidelné odběry dialyzátu k vyšetření. Pacient přizpůsobil denní aktivity kontinuální ambulantní peritoneální dialýze (CAPD) a následně automatické peritoneální dialýze (APD).

#### Závěr

V září 2013 byl pacient zařazen na „Waiting list“ pro čekatele na transplantaci. V prosinci 2013 se podrobil pravidelné hemodialýze (HD), podstoupil založení AV fistule a svůj denní program řídí dle pravidelných návštěv hemodialyzačního střediska (HDS) 3× týdně 5 hodin. Přes časově náročnou léčbu o sobě říká, že **žije aktivní život**, jezdí se svými dětmi školního věku na kole, plave a našel si práci na dopolední směnu. Dostupné z: <http://www.ledviny.cz/peritonealni-dialyza>

## 4. 3. Příprava pacienta s cukrovkou II. typu na gastrokopické vyšetření

**Sobustová Gabriela**

*Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice*

#### Úvod

Při práci na endoskopických sálech Gastroenterologického oddělení se denně setkáváme s pacienty, kteří mají cukrovku II. typu.

#### Kazuistika

Příprava pacienta s cukrovkou II. typu na gastrokopické vyšetření je odlišná oproti klasické přípravě. Spočívá v individuálním přístupu k pacientovi a současně ve znalostech druhotných příznaků cukrovky II. typu. Jedním z nejdůležitějších z hlediska digestivní endoskopie je zpomalená evakuace žaludku ve srovnání s pacienty, kteří diabetem netrpí. Gastrokopické diagnostické i terapeutické vyšetření žaludku je přitom přímo vázáno na dokonale vyprázdněný žaludek, v terénu zbytku potravy je nejenom technicky obtížně proveditelné, ale je i nebezpečné pro pacienta.

Cílem přípravy na gastrokopické vyšetření je tedy pacienta připravit tak, aby byl žaludek bez potravy a tekutin, což u diabetiků s pomalou evakuací žaludku předpokládá delší lačnění před vyšetřením. Tím je ale diabetik ohrožen možným vznikem hypoglykemie, která může být život ohrožující. Nedodržení dostatečné doby lačnění tak sice primárně snižuje riziko vzniku hypoglykemie, ale nutnost opakování vyšetření včetně nové přípravy při špatné přípravě nakonec celkové riziko komplikací (zejména hypoglykemie) zvyšuje.

Řešení sice není jednoduché, ale u ambulantních pacientů s diabetem alespoň dbáme na ranní objednávací termíny, snažíme se tím o to, aby pacient po té, co lačnil celou noc, dále lačnil co nejkratší dobu. Celková doba lačnění včetně noci se jeví jako ideálně dlouhá. Po vyšetření pacientovi umožníme (po uplynutí doby, kdy odezní lokální anestezie mesocainem), aby se najedl, napil, pacientům doporučujeme, aby s sebou měli doprovod. Pokud je pacient hospitalizován, je možnost sledovat hladinu glykemie pomocí glukometru. Hladinu glykemie glukometrem sledujeme i u ambulantních pacientů, kteří jeví příznaky hypoglykemie. Při naměření nízké hodnoty glykemie (3 a méně mmol/l) je zahájeno podání infuze 5% glukosy, 500 ml – dle ordinace lékaře, dále sledujeme hodnotu glykemie glukometrem á 1 hodina.

#### Závěr

Prodlužující se věk obyvatelstva, nezdravá výživa, málo tělesného pohybu, obezita, vedou ke stále se zvyšujícímu výskytu cukrovky II. typu. Zdravotnická zařízení musí být připravena s tímto faktem počítat. Velmi důležitá je edukace zdravého životního stylu, kdy pouhou redukcí tělesné hmotnosti dochází ke zlepšení vstřebávání glukosy a lepšímu využití inzulínu v těle a tím zlepšení zdravotního stavu člověka.

## 4. 4. Je, či není?! Tot' otázka... Scabies...

**JANÍČKOVÁ, Lucia**

*Nemocnice Písek, a.s.*

Prezentace je zaměřena na seznámení se s kožním onemocněním nazývaným „svrab“, jeho příznaky, charakteristikou a popisem šířitele tohoto kožního onemocnění, přenosem, diagnostikou a následnou léčbou.

Toto onemocnění patří mezi nejčastější kožní parazitární onemocnění a neřídka hrozí jeho zavlečení do zdravotnického zařízení.

V úvodu se věnuje samotnému onemocnění svrabem. Je to parazitární onemocnění, u kterého jsou dobře známy příčiny i projevy, ale ne vždy správná diagnostika. To je i případ z kazuistiky, která je součástí této prezentace a to z pohledu klinického mikrobiologa.

Toto onemocnění vzhledem k časté vysoké hygienické úrovni klientů (i ve zdravotnických zařízeních a ústavech sociální péče) je zaměřováno za jiná svědivá neinfekční onemocnění a tudíž ani samotní pacienti ani personál nepomýšlí na ono zmiňované zálučné onemocnění. Zvláště, když ho vyloučí i dermatolog.

Praktickou část prezentace tvoří kazuistika a audiovizuální záznam z mikrobiologického vyšetření.



