



Sborník přednášek

Olomouc kazuistická

4. listopadu 2010, Regionální centrum Olomouc

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc
SOLEN, s. r. o.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

OLOMOUC KAZUISTICKÁ

Pořadatel

- I. interní klinika LF UP a FN Olomouc
- Solen, s.r.o.

Záštitu nad akcí převzali

- primátor města Olomouc Martin Novotný
- rektor UP prof. RNDr. Miroslav Mašláň, CSc.
- děkan LF UP prof. MUDr. Zdeněk Kolář, CSc.
- ředitel FN Olomouc MUDr. Radomír Maráček
- arcibiskup olomoucký a metropolita moravský Mons. Jan Graubner

Odborný garant

- doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA

Programový výbor

- prof. MUDr. Petr Kaňovský, CSc.
- doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.
- MUDr. Petr Svačina
- doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.
- doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA

Organizátor

- SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
- kontaktní osoba: Ing. Karla Břečková, tel.: 582 397 457, mob.: 777 714 677, e-mail: breckova@solen.cz

Programové zajištění:

- Mgr. Iva Daňková, tel.: 582 397 407, mob.: 777 557 411, dankova@solen.cz
- Zdeňka Bartáková, tel.: 585 242 681, mob.: 777 557 416, bartakova@solen.cz

OLOMOUC KAZUISTICKÁ

Olomouc 4. listopadu 2010

REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 8 kredity pro lékaře a 4 kredity pro sestry.

Prezentace prošly jen základní jazykovou korekturou a nejsou upravené typograficky.

Grafická úprava a sazba: Milan Matoušek
SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc

ISBN 978-80-87327-47-0

Program

8.00 hod. **Slavnostní zahájení** – prezident akce Miloš Táborský

Úvodní slovo

- **Duchovní péče ve zdravotnictví, duchovní rozměr zdravotní péče o pacienta** – olomoucký arcibiskup a metropolita moravský Mons. Jan Graubner
- **Klinická pastorační péče a její poskytování ve FN Olomouc** – Hošťálková M., Závodný P., Bretšnajdrová M., Matějková M.T.

8.30–9.40 **Neurologie** – garant Kaňovský P.

- **Pacient s neuromyelitis optica na MS centru 1. LF UK a VFN** – Nytrová P.
- **Diferenciální diagnostika hrudních radikulopatií** – Štětkařová I.
- **Zachycení poúrazového subdurálního hematomu v průběhu léčebné rehabilitace u cervikokranialgie** – Dvořák R.
- **Abúzus triptanů jako následek nedostatků v anamnéze a chyb v diagnóze bolestí hlavy** – Opavský J.
- **Nezvyklá příčina parkinsonského syndromu** – Franc D.
- **Atypická manifestace neuromyelitis optica** – Doláková J.
- **Spánková apnoe a srdeční selhání** – Pretl M.

9.40–10.00 *přestávka*

10.00–11.10 **Kardiologie** – garant Táborský M.

- **Primomanifestace akutního koronárního syndromu náhlou zástavou oběhu. Komplexní poresuscitační péče v kardiocentru** – Folwarczny P., Hutyra M., Richter D.
- **Duální ruptura papilárních svalů mitrální chlopně jako komplikace akutního infarktu myokardu** – Hutyra M., Sluka M., Kováčik F.
- **Akutní masivní plicní embolie s nálezem hypermobilního tranzientního trombu v pravé síni s následnou úspěšnou kardiochirurgickou embolektomií u 84letého pacienta** – Skála T., Hutyra M., Lonský V., Táborský M.
- **Rozsáhlý intramyokardiální hematom při subakutním infarktu myokardu** – Ostřanský J., Vindiš D.
- **Neobvyklý případ aortální disekce** – Václavík J., Hutyra M., Lonský V.
- **Vnitřní lékařství a diferenciální diagnostika febrilního stavu – bakteriální endokarditida** – Zarivnij J., Hřčková Y., Kaletová M., Marek D., Černá M., Táborský M.
- **Nestabilní angina pectoris zakrývající neobvyklou komplikaci trvalé kardiostimulace** – Táborský M.

11.10–12.40 **Interna** – garant Svačina P.

- **Případ systémového autoimunitního onemocnění s postupně se rozvíjející symptomatologií** – Pískovská M.
- **Hyponatrémie – rizikový faktor i příznak závažného onemocnění** – Šopíková V.
- **Centrální hemiparéza jako dominující projev systémové vaskulitidy** – Cibičková L.
- **Hepatorenální selhání při leptospiroze** – Kafková K.
- **Clostridium difficile associated diarrhoea – aktuální problém** – Záhová M.
- **Deprese z nauzey** – Grambal A.
- **Popis jednoho zápasu – kazuistika pacientky s psychosomatickými souvislostmi** – M. Kryl
- **Antitrombotická léčba pohledem praktika** – Krčová V. (postgraduální výuka)

12.40–13.45 *oběd*

13.45–14.35 **Chirurgie** – garant Neoral Č.

- **Případ mechanického ileu dokonaného tabletou Tralgitu SR 100 zaklíněnou v rektu postiženém karcinomem** – Kaška M.
- **Kompartment syndrom** – Pekařová E.
- **Neobvyklý případ krvácení ze zažívacího traktu** – Tozzi I.
- **Vzduchová embolie komplikující centrální žilní katetr** – Kodýtková A.
- **Sexualita a mateřství u stomiků** – Antonová M.

14.35–16.00 **Urologie** – garant Študent V.

- **Akutní emfyzematózní pyelonefritida** – Onderková A.
- **Ruptura aneuryzmatu jako dif. dg. močové retence** – Bittner L.
- **Kdy je třeba zapojit službu konajícího urologa do sexuálních či autoerotických aktivit** – Mucha Z., Rajmon P., Hluší P.
- **Existuje normální hodnota hladiny PSA?** – Grepl M.
- **Robotická resekce tumoru ledviny** – Hartmann I., Študent V., Grepl M., Vidlář A.
- **Histoscaning – nová možnost detekce karcinomu prostaty u nemocných po opakovaných biopsiích s negativním nálezem** – Kudláčková Š., Zátura F.
- **Torze varlete – zkušenosti klinického pracoviště** – Král M., Hluší P.
- **Adrenalektomie u morfologicky normálních nadledvin** – Burešová E., Pernička J.
- **Zanedbané tumory varlete** – Kratochvíl P.

16.00 **Závěr**

ÚVODNÍ SLOVO

Klinická pastorační péče a její poskytování ve FN Olomouc

¹PhDr. Mgr. Marta Hošťálková, Th.D.,

²MUDr. Mgr. Petr Závodný, CSc.,

³MUDr. Milena Bretšnajdrová,

^{1,4}Bc. Miroslava Tobia Matějková

¹Arcibiskupství olomoucké – pastorační asistentka

²Gynekologicko-porodnická klinika FN Olomouc

³Oddělení geriatric FN Olomouc

⁴JIP, 2. interní klinika FN Olomouc

Příspěvek upozorňuje na nezbytnost péče o existenciální, duchovní a náboženské potřeby pacientů. K základním spirituálním otázkám na prvním místě patří otázky smyslu života, otázky týkající se smrti a otázky posvátna, které vyvolávají existenciální úzkost. Jejich řešením se zabývá klinická pastorační péče, která představuje nedílnou součást péče o nemocné. Klinikou pastorační péči vykonává nemocniční kaplan s respektem k autonomii nemocného, k jeho osobním hodnotám a k jím preferovanému kulturnímu rámci. Prezentace duchovní služby ve Fakultní nemocnici Olomouc seznamuje s hlavními aspekty jejího poskytování v současnosti.

Pacient s neuromyelitis optica na MS centru 1. LF UK a VFN

MUDr. Petra Nytrová

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd Univerzita Karlova v Praze,
1. LF a VFN v Praha

1990 → 1993 → 2003

žena 41 let

- první neurologické obtíže r.1990 - 5 týdnů po porodu - parestezie a paraparéza DK, sfinkterové obtíže - úprava po kortikoidech, MR mozku a míchy: normální nález
- r. 93 2. ataka myelitidy (normální MR mozku, OCB 0)
- r. 03 recidivující optická neuritida ve 14. a 24. týdnu gravidity (reziduální postižení vizu OL) EDSS 2,0



demyelinizační onemocnění typu RS?

2003 → 2004 → 2006 → 2007

- po porodu IVIG 15 gr á měsíc 3x, poté prednison 5 mg + azathioprin 50 mg pro elevaci JT vysazeno
- terapie v relapsech: metylprednisolon (u myelitis Depomedrol + Cytosar intrathékálně)
- 10/03 MR míchy demyelinizační ložisko v oblasti Th7
- 1/04 myelitis – zahájení terapie Interferonem beta 1
- 6/06 optická neuritida; 12/06 a 3/07 protražovaná míšní ataka – MR míchy s nálezem ložiska C2-3



poprvé zvažována neuromyelitis optica (NMO)

2007 → 2008 → 2009

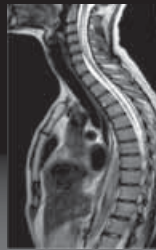
- 4/2007 nasazen IVIG 15 gr á měsíc – EDSS 5,5
- 9/07 relaps – paraplegie, hranice cití Th4 (MR - obr.1), metylprednisolon, PLEX – EDSS 7,0
- anti-AQP4 Ab pozitivní (naplnění kritérií pro NMO)
- 3/08 relaps kvadruplegie, (MR – obr.2) respirační selhání – UPV, metylprednisolon, PLEX, rituximab 2 x 1 gr
- 9/08 a 2/09 optická neuritida
- chronická terapie: rituximab 2 x 1 gr po 6 měsících

Pomocné vyšetřovací metody

- MR C a Th míchy - T2W obrazy
obr. 1 myelitis Th1-4 obr. 2 myelitis C1-6 + Th1-4



9/07



3/08

- perzistující elevace jaterních enzymů, pozitivní Ab proti mitochondriím – AMAb ➔ autoimun.hepatopatie?

3. vyšetření likvoru

parametry (norma)	remise (1/07)	relaps (9/07)
bílkovina (0,15-0,45 g/l)	0,3	2,43
OCB	negativní	2 v alk.oblasti
CSF alb/ S alb (0 – 6,5)	5,03	40,63
elementy (0-12)	10, ery 2	544, ery 7
	Hraniční lymfocytární oligocytóza (plazmat. bb.0)	lymfocyty(%): 12 monocyty (%): 20 neutrofily (%): 67 plazmat. b. (%): 1

Kritéria pro neuromyelitis optica Devic

hlavní kritéria:

- optická neuritida
- akutní myelitida

+ minimálně 2 ze 3 vedlejších kritérií:

- ❖ MR mozku na počátku onemocnění nenaplní kritéria pro RS
- ❖ na MR míchy je kontinuální léze ≥ 3 obratlových segmentů (LETM)
- ❖ pozitivita anti-AQP4 Ab (též NMO-IgG) v séru

Take home message

- optická neuritida (těžká s reziduem, OCB negativní, negativní MR mozku) ➔ anti-AQP4 Ab?
- myelitis (zejména LETM, OCB neg + cytologie neutrofily, eosinofily) ➔ anti-AQP4 Ab?
- určení správné diagnózy – ZÁSADNÍ VÝZNAM PRO NAsAZENÍ ADEKVÁTNÍ TERAPIE !

Diferenciální diagnostika hrudních radikulopatií

doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc.

Neurologické oddělení

Nemocnice Na Homolce, Praha

Hrudní radikulopatie

❖ klinické příznaky:

- bolest, vyzařující do hrudníku a břicha
- vyklenutí svalů na břiše

❖ OL, chirurg, internista (často dg neurčít)

❖ dlouhá doba k stanovení dg



Příčiny hrudních radikulopatií I.

❖ kompresivní Papadakis et al Ann R Coll Surg Engl 2009 Štětkařová et al, Spine 2007

- výhřez disku
- degenerativní foraminální stenóza

❖ metabolické (diabetická neuropatie)

- často na imunol. podkladě (vaskulitis)
Longstreth GF, Gastroent 2005

❖ iatrogenní

- torakotomie, laparoskopie

Van Ramhorst et al, Hernia 2009

Příčiny hrudních radikulopatií II.

❖ zánětlivé

- neuroborelióza

Mormont et al, Clin Rheumatol 2001

- herpetické viry

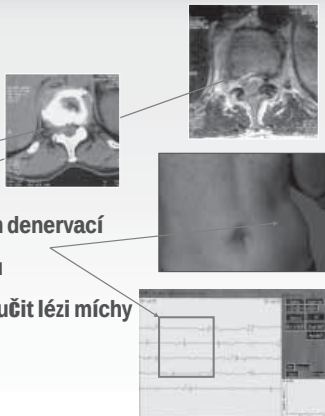
Tashiro et al, Arch Phys med rehab 2010
Maeda et al, Int Med 2007

❖ autoimunitní (AIDP, CIDP)

❖ neurodegenerativní (ALS)

Diagnostika

- ❖ CT, MRI
- ❖ EMG s průkazem denervací v břišním svalu
- ❖ SEP a MEP - vyloučit lézi míchy
- ❖ likvor
- ❖ sérologie



Náš soubor

- ❖ 5 osob (2 ženy, 3 muži)
- ❖ prům. věk: 55,4 let (rozmezí 34-66)
- ❖ prům. doba ke stanovení dg.: 3,2 měs (1-7 měs)
- ❖ komorbidita:
 - u 2 osob DM (1x PAD, 1x inzulin)
 - 1 osoba abúzus alkoholu
- ❖ zákus klíštětem negovali všichni nemocní

Náš soubor – příčiny a léčba

- ❖ 2 osoby - multietážová stenóza páteře s výhřezem (obstřík - PRT s kortikoidem a anestetikem)
- ❖ 1 osoba - neuroborelióza (akutní zánět v likvoru) (20 mil.j. PNC i.v. 3 týdny)
- ❖ 2 osoby - diabetes mellitus + v likvoru chronický zánět (po prodělané neuroborelióze) (inzulin, p.o. ATB-deoxymykoin)

Závěr

- ❖ málo časté
- ❖ bolest, vyzařující do břicha!
- ❖ nepřehlédnout parézu břišního svalu!
- ❖ poslat na neurologii
- ❖ nutná včasná diagnostika (EMG, MRI, likvor)
- ❖ léčba podle příčin včetně rehabilitace
- ❖ příznivá prognóza

Zachycení poúrazového subdurálního hematomu v průběhu léčebné rehabilitace u cervikokranialgie

MUDr. Radmil Dvořák, Ph.D.,

Mgr. Martina Šlachťová

Katedra fyzioterapie FTK UP v Olomouci

Pacient:

J. B., ♂, * 1986

Relevantní anamnestická data:

nevýznamná

Nynější onemocnění:

- 5.6. 2010 nehoda na kole - pád na obličej, hlava chráněna přilbou
- 1-2 min. bezvědomí, krátkodobá amnézie, minimální bolest hlavy

Prvotní vyšetření 5. 6.:

- chirurgické: kontuze hrudníku, oděrky tváře
Rtg Th páteře: bez traumatických změn
CT C páteře a mozku: bez traumatických změn
laboratorní screening: v normě
- neurologické: normální klinický nálezn

Závěr: komoče mozková dg S060
contusio thoracis dg S202

Medikace: Novalgin při bolesti

Doporučení: observace na chir. odd., bez zátěže 2-3 týdny, bez pobytu na přímém slunci

Kontrolní neurologická vyšetření 19. 7. a 12. 8.:

Subjektivní potíže:

bolesti hlavy (záhlaví) a krční páteře, zejména při záklonu hlavy, bolesti se zhoršují pohybem, v klidu nejsou, bez propagace, bez dalších obtíží

Objektivní nálezn:

- nálezn na hlavových nervech v normě, na končetinách symetrické reflexy, nepřítomny pyramidové jevy
- spazmy šíjového svalstva, nepružní AO skloubení

Závěry:

Cervikalgie při bloku AO, neurotopicky v normě

Terapie:

Myolastan, Coxtral, infuze 0,2% prokain 200 ml + natrium salicylicum

pro přetrvávání potíží indikována RHB (měkké techniky šíje)

Vstupní kineziologické vyšetření 17. 8.:

Subjektivní potíže:

bolest hlavy a pocit brnění vlasaté části hlavy od zátylku do čela, vázané na vertikálu, úlevová poloha vleže, bez jiných poruch

Objektivní vyšetření:

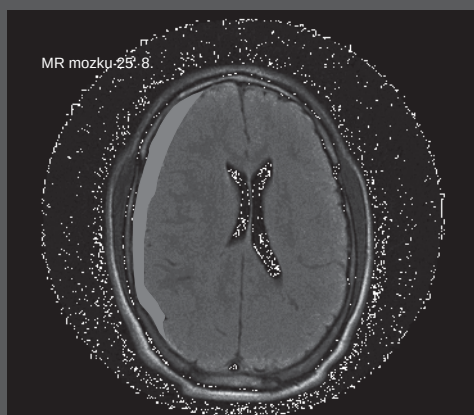
bez neurologických odchylek, blokáda pohybu krční páteře

Terapie:

měkké techniky šíjové oblasti (2 sezení)

Doporučení:

vzhledem k přetrvávajícím bolestem hlavy, tuhosti šíje s úlevou v záklonovém držení hlavy ve vertikále (vleže bez provokace bolesti při testech na meningeální dráždění) a nestabilitě ve stoji fyzioterapeut doporučuje kontrolní vyšetření



Shrnutí:

1. Bolest hlavy jako „red flag“ pro následky úrazu hlavy

Dodick DW. *Adv Stud Med.* 2003;3(6C):S550-S555

http://www.americanheadachesociety.org/assets/Primary_or_Secondary_Headache.pdf

2. Ostražitost při přebírání nálezů s ohledem na dynamiku vývoje zdravotního stavu

3. Kompetentní fyzioterapeut jako součást zdravotnického týmu

Abúzus triptanů jako následek nedostatků v anamnéze a chyb v diagnóze bolestí hlavy

prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc.

Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury UP
v Olomouci a RRR Centrum léčby bolestivých
stavů a pohybových poruch, Olomouc

Případová studie



Pacient, 74letý muž s vysokoškolským vzděláním,
před odchodem do důchodu pracoval jako středoškolský
učitel. Do poradny pro bolesti hlavy odeslán neuroložkou.

Osobní anamnéza

Léčen řadu let pro *hypertenzi* – užíval Isoptin 80 mg (verapamil).
Půl roku před odesláním do poradny hospitalizován
na psychiatrické klinice, kde stav uzavřen jako *depresivní fáze*
středně těžká se somatickými příznaky.
Zahájena farmakoterapie Remeronem (mirtazapin).

Během pobytu na psychiatrické klinice provedeno CT
vyšetření mozku s průkazem *lehké difúzní atrofie mozku*,
proto zahájeno podávání Geratamu (piracetam).

Nynější onemocnění



Pacient se léčí pro bolesti hlavy již 55 let. Zpočátku užíval
běžná analgetika, která přinášela uspokojivý efekt. Bolesti hlavy
byly s převahou *tlakového* nebo *rozpínavého* charakteru,
nemocný je špatně toleroval.

S nízkou frekvencí se objevovaly bolesti charakteru *hemikranií*,
s následným rozšířením do celé hlavy, které nebyly tepavého
charakteru, nebyly spojeny ani s nauzeou ani se zvracením,
nebyly provázeny foto- ani fonofobií.

Diagnózy bolestí hlavy se při vyšetřeních několika lékaři měnily.
Stav byl střídavě uzavírán jako *migréna*, nebo jako *tenzní typ*
bolestí hlavy.

V poradně pro bolesti hlavy byly zjištěny i známky zvýšené
nervosvalové dráždivosti.

Farmakoterapie – výchozí



I přes dvojí typ bolestí hlavy mu začal být opakovaně
předepisován Ergofein. Pacient sám postupně Ergofein
vysadil a k potlačení bolestí hlavy nižší intenzity začal
užívat Novalgín (metamizol).

Pro bolesti vyšší intenzity mu začal být opakovaně předepisován,
s postupně se zvyšující frekvencí, praktickým lékařem a střídavě
dvěma neurology, zpočátku Zomig (zolmitriptan) a potom
po dobu více než 3 let Rosemig (sumatriptan).
(Přestože jeden z neurologů stav diagnostikoval jako chronické
tenzní bolesti hlavy, pacient měl přes 70 let a trpěl hypertenzí !!)

Frekvence užívání Rosemigu (50 mg) se zvyšovala až
na 2 tablety denně. V době odeslání do poradny pro bolesti hlavy
byla jeho měsíční spotřeba 55 tablet!

Farmakoterapie – v poradně pro bolesti hlavy

(pouze vybrané termíny návštěv)

7. 7. 2005 Edukace pacienta s důrazným doporučením o nutnosti postupně snižovat frekvenci dávek Rosemigu (i s ohledem na neuspokojivě kompenzovanou hypertenzi).

Zahájena profylaktická terapie pro známky zvýšené nervosvalové dráždivosti – ordinována kombinace Timonil 150 retard (carbamazepin) 0-0-1 a Magnesium 250 Pharmavit tbl eff 2x1 denně.

Dále ordinován preparát Gingium (Ginkgo bilobae extractum) a ponechána medikace Geratamem.

Pro symptomatické tlumení bolestí hlavy byly ordinovány pro současné podání přípravky Godasal 500 mg 1,5 tbl. a Panadol Rapide por tbl eff 500 mg 1,5 až 2 tablety, nejvýše dvakrát denně.

Další průběh léčby v poradně



15. 8. 2005 Od předchozí návštěvy snížena spotřeba Rosemigu na 24 dávek za 38 dnů. Pacient popisuje zřetelný ústup nočních bolestí hlavy. Pokračováno v profylaktické terapii.

26. 9. 2005 Za 41 dnů spotřeboval 23 dávek Rosemigu. K omezení jeho spotřeby byl ordinován jako alternativa k ordinovaným analgetikům Voltaren rapid 50 (diclofenacum kalicum). Profylaktická terapie Timonilem a magnezium ponechána.

14. 11. 2005 Poprvé od zahájení léčby se objevily dný bez bolestí hlavy – celkem 14. Bolesti hlavy zvládal pouze kombinací Godasal + Efferalgan 500 mg tbl eff (který nahradil Panadol Rapide), nebo Voltarenem rapid. Za 49 dnů užil celkem 17 dávek Rosemigu. Profylaxe idem.

5. 1. 2006 Od předchozí návštěvy byl za celkem 51 dnů 32 dnů zcela bez bolestí hlavy! Rosemig pouze sedmkrát. Profylaxe idem.

Další průběh léčby v poradně

(pokračování)



10. 7. 2006 Za 34 dnů neužil ani jednu dávku Rosemigu! Z toho 31 dnů bez bolestí hlavy. Pouze třikrát užil Godasal + Efferalgan. Profylaxe idem.

21. 9. 2006 Za celkem 73 dnů užil pouze jednou Rosemig. Z toho 67 dnů bez bolestí hlavy. Pouze pětikrát užil Godasal + Efferalgan. Profylaxe idem.

20. 11. 2008 Za 64 dnů užil pouze jednou Rosemig. Z toho 57 dnů bez bolestí hlavy. Pouze třikrát potřeboval Godasal + Efferalgan a třikrát Voltaren Rapid. Profylaxe idem.

9. 9. 2010 (poslední návštěva) Za 88 dnů se bolesti hlavy vyšší intenzity objevily jen jedenkrát, a proto pouze jednou užil Rosemig. Jinak za uvedenou dobu použil pouze jednou Voltaren Rapid. Profylaxe idem.

Závěry

Příčiny abúzu triptanů a jak je jim možno zabránit

Lékař musí odlišit jednotlivé typy bolestí hlavy, nebo odeslat pacienta ke specialistovi.

Pacient trpěl dvěma typy bolestí hlavy – častými tenzními bolestmi a sporadickými migrénami bez aury. Tyto bolesti byly ovlivněny několika dalšími faktory – depresí, zvýšenou nervosvalovou dráždivostí a neuspokojivě zvládanou hypertenzí.

Nasazení triptanů s vysokou (a postupně zvyšovanou) frekvencí zde bylo terapeutickým pochybením. Nebyla zvažována, ani zahájena, profylaktická terapie.

U pacientů s dlouhodobým abúzem léčiv je potřebná komplexní analýza stavu (i psychického) a navržení léčby, jak pro akutní tlumení bolesti, tak pro dlouhodobou modulaci stavu.

Imperativy pro lékaře u chronických bolestí hlavy jsou: znalost klasifikace bolestí hlavy a podrobná farmakologická anamnéza. Současně je zapotřebí dostatečně a dlouhodobě motivovat pacienta, aby bylo dosaženo z jeho strany dobré compliance.

Nezvyklá příčina parkinsonského syndromu

MUDr. David Franc,

prof. MUDr. Petr Kaňovský, CSc.

Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc

Pacient

- Muž, 70 let
- OA: stav po fraktuře hrudního obratle před 45 lety, bez známých interních onemocnění
- RA: bez výskytu neurologického onemocnění
- Abúzus – alkohol společensky
- PA: důchodce, předtím ve slévárně od 26 do 60 let

Pacient

- Ztuhlost a třes levé horní končetiny – v 47 letech
- Porucha startu chůze, drobné kroky – v 60 letech
- Potíže s rovnováhou, pády – v 65 letech
- Dosavadní léčba: L-Dopa, selegilin, biperiden, triphenydimin, diethazin, s parciálním krátkodobým efektem

Pacient

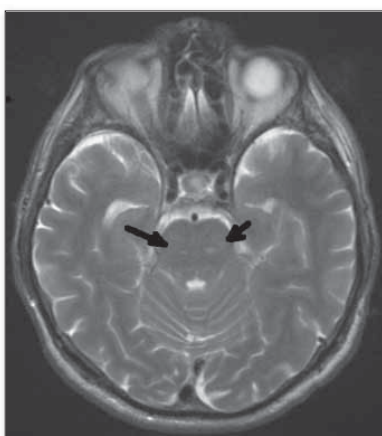
Neurologický nález

- hypomimie
- jemný statický tremor LHK
- vyšší ERP na horních končetinách
- akromotorika s nižší amplitudou se zárazy na LHK
- pull test pozitivní
- hezitace při startu chůze, propulze, omezení synkinéz LHK, anteflexe trupu

Pacient

Pomocné vyšetřovací metody

- Neurosonologické vyšetření - hyperechogenní rozšířená SN bilat., MMT bez patol.
- Psychologické vyšetření – MMSE 28 bb, bez kognitivního deficitu, přiměřené PM tempo
- Apomorfinový test – ze 36 bb na 28 bb v UPDRS III.



MR mozku
postschemická ložiska,
v T2 sekvencích
hypointenzivní ložiska
v oblasti pontu a
v mozkových
pedunkulech odpovídající
expozici kovu

Pacient

- jako možná etiologie parkinsonského syndromu je zvažována chronická expozice manganu v pracovním prostředí
- dlouhodobé trvání obtíží, bez výraznější progresy, parciální efekt dopaminergní terapie, intaktní kognitivní funkce, nález na MR mozku

Toxicita manganu

- Akutní účinky – horečka z kovů, manganová pneumonie
- Chronické účinky
 - ✓ psychiatrické komplikace – halucinace, psychózy – manganese madness – horníci v Chile
 - ✓ dystonie – generalizovaná, fokální dystonie (blefarospasmus, grimasování, okulogyrní krize)
 - ✓ parkinsonský syndrom

Závěr

- Nutnost pátrání po etiologii parkinsonizmu, který je často mylně diagnostikován jako idiopatická Parkinsonova nemoc
- U 60-70% pacientů s vyslovenou diagnózou Parkinsonovy nemoci jde skutečně o tuto diagnózu.

Atypická manifestace neuromyelitis optica

MUDr. Jana Doláková

Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc

Neuromyelitis optica (M. Devic)

- demyelinizační onem. CNS neznámé etiologie
- primární postižení optických nervů a míchy
- ženy postiženy 2 x častěji než muži
- relaps-remitentní průběh (chybí sek. progresivní fáze – těžké relapsy: epizody ON-> slepota, myelitida->paraplegie, kvadruplegie, ztráta cití, sfinkt. obtíže)
- klinický průběh: recidivující uni- či bilaterální ON (1. příznak), transverzální myelitida (10%), spont. remise neurolog. deficitu neobvyklé, období mezi relapsy i několik let

Dg. kritéria (Wingerchukova, 2006)

Absolutní: optická neuritida, akutní myelitida

Podpůrná: negativní MRI mozku, na MRI míchy (T2W) longitudinální léze (LETM) přesahující 3 a více obratlových segmentů, pozitivní MNO-Ig/aquaporin 4 protilátky v séru (75-91%)

Likvor: chybí intratékální IgG, negativita OCB (detekce až u 30%), relaps – pleiocytóza (>50 elementů/ μ l)

Pacient:

Muž, 36let, VŠ, nekuřák, OA: VAS C, Lp., chondropatie patelny vpravo, RA: otec HN, matka thyreopatie, sestra DM, FA: 0

Průběh: 12/2006 – eflorescence na krku dx, necitlivost dx dlaně, prstů, předloktí, ventr. str. hrudníku, břicha –> Herpesin tbl., bolesti Cp. s iradiací do ramen bilat., necitlivost, slabosti prstů, dif. PHK, postupně dysestézie dlaní = efekt NSA

2/2007: c. monopar. PHK s poruchou čítí a algodysesteziemi C2-Th5 dist. a C8 dx. => susp. herp. myelitida, na MRI rozsáhlé myelitické postižení C a Th míchy (po Th5), likvor: proteinocytol. asociace se zn. aktivace mononukl. řady, odp. serózní neuroinfekci, event. demyelinizaci, nespecifický průkaz IgM x Herpes Varicella Zoster, pozitivní průkaz oligoklon. IgG

Léčba:

Antivirotika (Herpesin), ATB (Lendacin) i.v.
21 dní => regrese těžké kvadraparézy => RHB

4/2007: zhoršení stavu s rozvojem slabosti a parest. PDK, PHK, zhoršení chůze, poruchy sfinkterů, kontr. MRI C, Th p. s mírnou regresí nálezů v obl. Th úseku -> bolus kortikoidů i. v., kontr. LP – proteinocytol. asociace se zn. aktivace mononukl. elementů, dif. dg. neuroinfekce, demyelin.

6/2007: smíšená kvadraparéza s akc. na dx KK s poruchou takt. a hlubokého čítí, LP: průkaz virů č. Herpesviridae, VEP: mezistranová asymetrie s prodloužením vpravo (oční vyš. centr. ser. chorioretinopatie OD, léčba: Herpesin, Lendacin i. v., imunologicky bez zn. Humorálního imunodef., zn. B imunodeficiency => valaciklovir

9/2009: progresse parestezií dx kk, cervikalgií, obj. lehká kvadruparéza s dx akc., sporně zn. mening. dráždění -> susp. recidiva myelitidy, LP: lymfocytární oligocytóza s hraniční hyperproteinorachií, dif. dg. demyelinizace, norm. fce HLB, bez průkazu IgG, norm. nález IEF, borrelie EM negativní

11/2009: narůstající spasticita, slabost HDKK, obj. kvadrupar. sy s dx akc., psy nádstavba, MR Cp: ložiskové postižení C1-7, T2W C2-5 vřetenovitě rozšířené hyperintenzity, MR mozku bez detekce ložisk. změn, LP: hyperproteinorachie, nespecif. nález, protilátky x neurotr. virům a borreliím negativní, indikován k terapii baclofenovou pumpou (test s negativní odpovědí) -> baclofen tbl., dop. konz. terapie, RBH, 1/2010 nezvládl vertikalizaci

3/2010: překlad z RÚ pro dyspept. potíže -> UZ břicha, gastrosk. negat., akutní cystitis s urosepsí - ATB dle citlivosti, psychiatrické vyšetření pro negativizmus - maladaptace na zákl. onemocnění u disponované osobnosti => RHB

6/2010: progredující porucha vizu OD, porucha fotoreakce, c. léze n. VII l. dx., oční vyšetření: intraokulární neuritis OD -> 5g SM i. v., regrese, kontr. oční vyš.: neuritis intraokularis n. optici OD regrediens, athrophia incip. papillae n. optici OD, VEP: patologický nález vpravo, LP: hyperproteinorachie, cytol. lymfocyty, MR mozku negativní

- pozitivita NMO-IgG/AQP4 -> p. o. kortikoterapie, imunosupresiva

Závěrem.....

- MNO je onemocnění vzácné
- v Evropě často poddiagnostikováno, vedeno pod dg. RS
- stanovení dg. u pacientů s plnou klinickou manifestací není zásadní problém
- NMO-IgG/AQP4 – vysoká senzitivita (75-91%) a specifická (91-100%)

Spánková apnoe a srdeční selhání

MUDr. Martin Pretl, CSc.

Neurologická ambulance a spánková poradna
INSPAMED, s.r.o., Praha

Osobní anamnéza

Dilatační kardiomyopatie

Těžká dysfunkce LK (EF LK 25%), epizoda levostranné srdeční insuficience 2002, chronické srdeční selhání, NYHA III

Implantace kardiostimulátoru 2004, reimplantace pro vegetace při infekční endokarditidě 2007

Metabolický syndrom, sideropenická anémie
Nekuřačka

Ostatní anamnestická data vzhledem k onemocnění bezvýznamná

Nynější onemocnění

V posledních 6 měsících

- opakované hospitalizace pro převážně pravostranné srdeční selhání; plicní hypertenze při hypoxemii
- zhoršení chrápání, frekventní apnoe
- ráno únava, neodpočatost, sucho v ústech
- somnolence během dne

Kardiologem během poslední hospitalizace vyslovena suspekce na spánkovou apnoe

Konziliární neurologické vyšetření

- Orientovaná, spolupracuje, klidově dušná
- Neurologický náález normální
- Mallampati IV
- BMI 38 (100 kg, 166 cm)
- Epworthská škála spavosti (ESS) – 16 b.
- Dop. polygrafické vyšetření

Diagnostika

- Ambulatoční limitovaná polygrafie

Závěr: Těžká spánková apnoe, apnoe všech typů

- AHI 45
- ODI 62
- Bazální SaO₂ 85%
- SaO₂ < 90% v 87% záznamu

- Akutní indikace k terapii přetlakem v dýchacích cestách – dop. na kardiologickém lůžku

Terapie

- Dvouúrovňový přetlak v dýchacích cestách (BiPAP)
- Compliance i adherence k léčbě BiPAP dobrá
- Vytitrován postupně tlak 12/8 mbar

Výsledky terapie

- Kontrolní compliance uspokojivá (kontrola po měsíci a dále a 6 měsíců)
 - Dlouhodobá kompenzace funkce pravé komory
 - vliv kardioterapie a terapie BiPAP
 - kompenzace spánkové apnoe
 - spánek subj. kvalitní, bez apnoí, výrazně zlepšena nadměrná denní spavost (ESS 8/24)

- 19

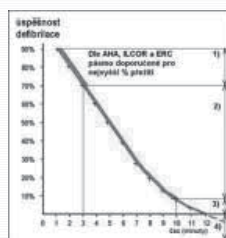
Primomanifestace akutního koronárního syndromu náhlou zástavou oběhu.

Komplexní poresuscitační péče v kardiocentru

MUDr. Pavel Folwarczny,
MUDr. Martin Hutýra, Ph.D.,
MUDr. David Richter,
doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA
I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

OHCA- out of hospital cardiac arrest

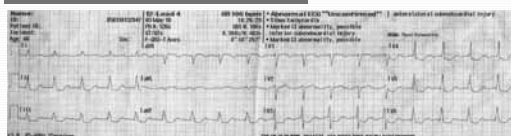
- O úspěchu defibrilace rozhoduje především časová prodávka od vzniku fibrilace do podání defibrilačního léčivého výboje
- Protože každá minuta prodlení zhoršuje pravděpodobnost přežití o 7 – 10 %
- V praxi nelze po 11 – 12 minutě již téměř žádného postiženého úspěšně defibrilovat
- Procento výjimek je zanedbatelné
- V 70-80% případů je za OHCA okluze koronární tepny:



1. Prof Christian Spauling
ESC Stockholm 2010



Vstupní EKG - prediktivní hodnota elevace ST segmentů



Elevace ST	Okluze koronární tepny
Pozitivně prediktivní	0,96
Negativně prediktivní	0,42
Senzitivita	0,42
Specifita	0,95

Prof Christian Spauling
ESC Stockholm 2010



Cíle komplexní resuscitace:

- Úspěšná resuscitace: pacient dosáhne kdykoliv CPC 1-2 (tj. soběstačnost, přežití s lehkými následky nebo bez neurologických následků)
 - Pro hodnocení neurologického stavu po KPR je doporučeno používání CPC skóre (Cerebral Performance Categories)
1. Při vědomí, normální neurologické funkce nebo lehké poruchy
 2. Při vědomí, středně závažné neurologické postižení
 3. Při vědomí, závažné neurologické postižení
 4. Koma nebo perzistující vegetativní stav
 5. Smrt mozku nebo smrt z jiných příčin



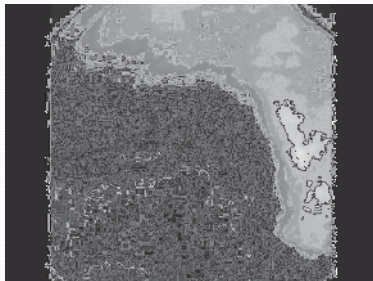
Popis případu

- ☐ Pacient – muž, ročník 1944, dosud s ničím neléčen
- ☐ Vyšetřován spádovým kardiologem pro nespecifický hrudní dyskomfort
- ☐ Zátěžové ergometrické vyšetření negativní
- ☐ Po návratu domů s ergometrie náhle bezvědomí
- ☐ **Laická telefonicky asistovaná resuscitace (TANR) nezahájena!**
- ☐ RLP na scéně za 7 minut
- ☐ Při příjezdu pacient v bezdeši, GCS 3, diagnostikována NZO
- ☐ První dokumentovaný rytmus – komorová fibrilace
- ☐ Zahájená rozšířená KPR
- ☐ 2 x defibrilace monofázický 360J - po 10 minutách KPR restituce oběhu (ROSC)
- ☐ **Na 12. svodovém EKG po KPR bez elevací ST úseku**
- ☐ Během transportu recidiva FIK, opět defibrilace, v kritickém stavu s nestabilním oběhem přivezen na I. interní kliniku.
- ☐ **Čas k ROSC 7+10 tj 17 minut !**



Vstupně provedená akutní koronarografie

-95% stenóza RIA a s trombem, řešeno PCI RIA s implantací stentu



Zahájená řízená intravaskulární terapeutická hypotermie systémem Coolgard



- ☐ **INDUKCE** terapeutické hypotermie 32 – 34°C na 12-24 hodin je doporučen jako standardní postup časné poresuscitační nemocných po srdeční zástavě, a to úrovní
 - Ila pro pacienty v bezvědomí po srdeční zástavě mimo nemocnici s iniciálním rytmem fibrilace komor
 - IIb pro nemocné s jiným rytmem anebo pro pacienty se srdeční zástavou v nemocnici
- ☐ Indukce mírné hypotermie je jediný známý postup redukující neurologické poškození po srdeční zástavě!!
- ☐ Terapeutická hypotermie je považována za standardní součást tzv. poresuscitační péče u nemocných po kardiopulmonální resuscitaci pro netraumatickou zástavu oběhu!

doporučení ČSARIM.



Během pobytu na kardiologické JIP

- ☐ Vstupní EF levé komory echokardiografický 15%
- ☐ Kombinovaný kardiogenní šok, napojen na intraaortální balonkovou kontrapulzaci
- ☐ Realizována řízená terapeutická hypotermie na 24 h Intravaskulárním systémem Thermogard XP teplota 33 °C
- ☐ I přes vstupně provedenou bronchoskopickou laváž a empirické zajištění ATB terapie po 48 hodinách dochází k rozvoji oboustranné aspirační bronchopneumonie a septického šoku
- ☐ V rámci sepse rozvoj DIC s trombocytopenií a krvácením do dolního GIT (gastrokopický negativní) a rozvojem hemoragického šoku



Závěr

- ☐ I přes kardiogenní, septický a hemoragický šok, dlouhému defibrilačnímu času a 17 minutové delay k ROSC ...
- ☐ Výsledný CPC 1.
- ☐ EF LK 55%
- ☐ Plně úspěšná KPR



Duální ruptura papilárních svalů mitrální chlopně jako komplikace akutního infarktu myokardu

MUDr. Martin Hutýra, Ph.D.¹,
MUDr. Martin Sluka¹, MUDr. Pavla Látalová²,
MUDr. František Kováčik¹

¹1. interní klinika kardiologie LF UP a FN Olomouc

²Ústav patologie LF UP a FN Olomouc

Úvod

Ruptura papilárního svalu s akutní mitrální regurgitací se vyskytuje u 0,4-0,9% pacientů s akutním infarktem myokardu, u 5% zemřelých v důsledku infarktu myokardu a je příčinou 8% infarktových kardiogenních šoků **(1)**.

Bez chirurgické léčby pouze 6% pacientů přežije tuto mechanickou komplikaci déle než 2 měsíce **(2)**.

Pokud je však správně diagnostikována a pacient rychle indikován k urgentní náhradě mitrální chlopně, tak je dokumentovaná mortalita až pod 20% **(3, 4)**.

V důsledku odlišného krevního zásobení je ruptura posteromediálního papilárního svalu 3-12x častější než anterolaterálního a kompletní ruptura se vyskytuje vzácněji než parciální **(5)**.

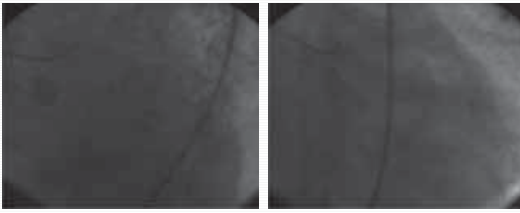
1. Libby P, Bonow A, Côté M, et al. Braunwald's Heart Disease: A textbook of cardiovascular medicine, 8th edition. Saunders Elsevier, Philadelphia, 2008, 1272-1274.
2. Varnado M, Gersh BJ, Hasselblad V. The case for an aggressive surgical approach to papillary muscle rupture following myocardial infarction. "Time pressure" due to pericardial tamponade. J Am Coll Cardiol. 2000; 35:11-15.
3. Vassalini R, Heller A, Toggiani P. Surgical management of acute mitral valve regurgitation due to post-infarction papillary muscle rupture. J Heart Valve Dis. 11, 2002, 20-24.
4. Basso R, Lakshmi S, Shroff S, et al. Mitral repair in patients with a ruptured papillary muscle. Ann Heart J. 2002; 135:548-554.
5. McCulloch RM, Heyman M. Severe mitral regurgitation secondary to partial papillary muscle rupture following myocardial infarction. Rev Cardiovascular Med. 2000; 1(1): 37-40.



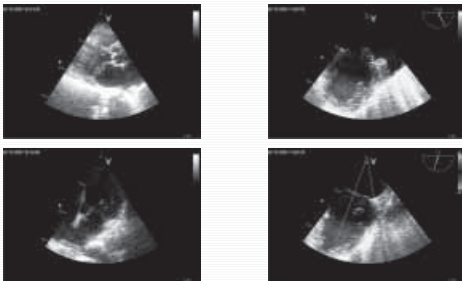
EKG



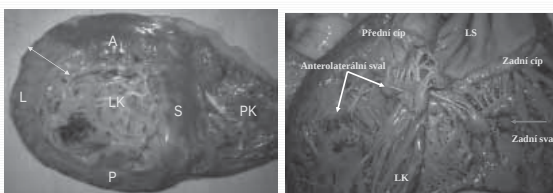
Selektivní koronarografie a PCI



Echokardiografie (TTE a TEE)



Autopsie



Závěr

- ☐ Dosud byla dokumentována duální parciální ruptura obou papilárních svalů, kompletní ruptura předního papilárního svalu kombinovaná s rupturou jedné hlavy zadního papilárního svalu není v dostupné literatuře popsána (1).
- ☐ Prezentovaná pravděpodobně sekvenčně vzniklá ruptura obou papilárních svalů je tedy raritní komplikací akutního infarktu myokardu.
- ☐ Na mechanickou komplikaci infarktu myokardu je nutné pomyslet při každé hypotenzi a velmi rychle ji diagnostikovat.
- ☐ Kauzálním řešením je pouze náhrada mitrální chlopně s možným použitím mechanické srdeční podpory jako „mostu“ k operaci.

1. Lobo PV, Fernandes J, Heggstad HK. Postinfarction double papillary muscle rupture in three surgically excised mitral valves. Cardiovascular Pathology. 14, 2005, 251-254.



Akutní masivní plicní embolie s nálezem hypermobilního tranzientního trombu v pravé síni s následnou úspěšnou kardiochirurgickou embolektomií u 84letého pacienta

MUDr. Tomáš Skála¹, MUDr. Martin Hutýra, Ph.D.¹,
doc. MUDr. Vladimír Lonský, Ph.D.²,
doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA¹

¹I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

²Kardiochirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Anamnéza

Muž, 84 let.

OA: ICHS chronická, st. p. recid. IM, SKG – MVD, konzervativní postup. Diabetes mellitus 2. typu na dietě. Hypertenze III. st. Paroxysmální fibrilace síní, bez antikoagulace i bez antiagregace.

Vyšetřen pro synkopu s pádem a úderem do hlavy

- ☐ troponin T: 0,06 (norma do 0,013 ng/ml)
- ☐ při vyšetření bez potíží, elevace troponinu hodnocena jako nediagnostická - odeslán do ambulantní péče

S odstupem 3 dnů...

- ☐ RZP volána manželkou pro ztrátu vědomí, nalezen zaklíněn v koupelně, GCS 5
- ☐ TK 80/50 mmHg, TF 90/min.
- ☐ OTI, UPV, přechodně KPCR, susp. fraktura žeber



Klinické vyšetření

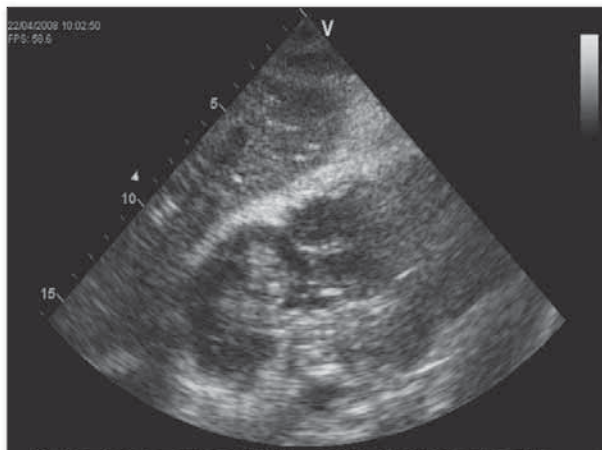
Objektivně: koma, tlumen, UPV, TK 55/30 mmHg.

EKG: SR, 100/min, RBBB+LAH, AVB I. st. (chronicky)

Vstupní laboratorní vyšetření: Biochemie: BNP 7084. Minerály v normě. Kreatinin 181. ALT 0,25, AST 1,10. **Troponin T 4,24.** CRP 29...64. **KO:** Hb 142. Leu 12,5. PLT 223. INR 1,29. **D-dimery 12690.**

Echokardiografie

- ☐ masivní tranzientní hypermobilní laločnatý útvar - trombus v PS s propagací do PK přes trikuspidální chlopu
- ☐ dilatace PK (33 mm), akineza středního a apikálního segmentu PK
- ☐ LK bez dilatace, lokální poruchy kinetiky, celková EF 30%
- ☐ bez významnější chlopenní vady
- ☐ perikard bez separace



Další postup?

Konzultace kardiochirurga – zvážení chirurgické embolektomie:

- ☐ pacient in extremis, kumulace rizikových faktorů TL.
- ☐ punkce nekomprimovatelné cévy (v. subclavia)
- ☐ nedávná KPCR
- ☐ recentní závažné trauma – susp. fraktura žeber, anamnéza recentního úderu do hlavy

Indikace chirurgické plicní embolektomie:

- ☐ u pacientů zhoršujících se po zahájení TL s hypotenzí navzdory vazopresorům
- ☐ při selhání primární TL / TL příliš pomalá k vyvolání příznivého účinku
- ☐ kontraindikace TL
- ☐ možno zvážít u nemocných v bezprostředním ohrožení smrti, vyžadujících prodlouženou resuscitaci - popsány jen ojedinělé případy pacientů v takto kritickém stavu úspěšně léčených TL!
- ☐ v případech kumulace relativních kontraindikací TL

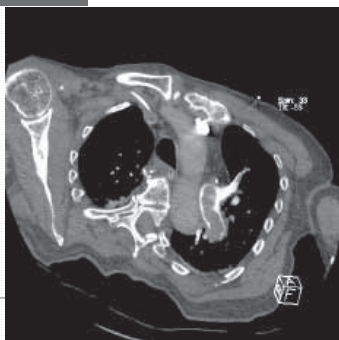


CT angiografie

Mortalita embolektomie při chybné dg: 100%
- nutné potvrzení dg!

CT angiografie plic:

Trombus PS.
Plicnice: oboustranná masivní embolizace v oblasti větvení hlavních kmenů zasahující do periferie.



Aklog L. Circulation 2002; 105: 1416-9

Indikace chirurgické plicní embolektomie

- ☐ Neexistuje randomizovaná studie porovnávající TL a embolektomii u masivní EAP hemodynamicky nestabilní.
- ☐ Registr ICOPER - jen 1% pacientů s masivní EAP a kardiogenním šokem léčeno embolektomií (Goldhaber SZ. Lancet 1999; 353: 1386-9)
- ☐ Embolektomie u pacientů s masivní EAP, hemodynamicky nestabilních, s kontraindikací TL – mortalita 30% (Aklog L. Circulation 2002; 105: 1416-9)
- ☐ Pacienti přivezení do kardiocentra za kontinuální resuscitace - mortalita nejvyšší (80%)



Operace a další průběh

- ☐ Prohloubení hypotenze i přes vysoké dávky katecholaminů
- ☐ Zástava oběhu s nutností protražované KPCR, pokračováno v KPCR až po napojení na mimotělní oběh, včetně přímé srdeční masáže.

Operace: pravostranná atriotomie - v PS a PK bez trombu!, z kmene plicnice i obou plicních tepen extrahováno velké množství koagul

Pooperační průběh: Odpojen od UPV, vysazeny vazopresory, neurologicky bez deficitu, kognitivní funkce v normě, rána se hojí per primam, rehabilituje a následně je zcela bez potíží, chodící, KP kompenzován propuštěn domů.



Závěr

Popsaný případ dokládá možnost úspěšného terapeutického ovlivnění masivní EAP u hemodynamicky nestabilních polymorbidních pacientů ve věku nad 80 let v kritickém stavu po prolongované resuscitaci s evidentním tranzientním trombem v pravostranných srdečních oddělech.



Rozsáhlý intramyokardiální hematom při subakutním infarktu myokardu

MUDr. Jiří Ostřanský, MUDr. David Vindiš

I. interní klinika FN Olomouc

Intramyokardiální (disekující) hematom

= forma myokardiální ruptury s infiltrací krve do (přes) myokardiální stěnu

- ☐ ruptura intramyokardiálních cév, náhlé zvýšení perfuzního kapilárního tlaku
- ☐ původ krve intramurální s šířením mezi myokardiální vlákna
- ☐ endokard a epikard intaktní
- ☐ septum, přední, boční stěna



Výskyt

- ☐ komplikace infarktu myokardu (subakutní): 9% ruptur volné stěny LK
- ☐ trauma (autonehoda)
- ☐ po naložení stabilizačního systému pro off-pump koronární revaskularizaci (Octopus 3)
- ☐ komplikace koronární intervence (subepikardiální hematom bez vzniku hemoperikardu (častěji u pacientů po dřívějším CABG)
- ☐ po RLVG (dislokace tipu pigtailu mezi trabekuly septa)



Vývoj

- ☐ lokalizovaný na myokardiální stěnu, spontánní zhojení
- ☐ expanze s rupturou epi- či endokardu, tamponádou
- ☐ dlouhodobý FUP neznámý

Diagnóza

- ☐ TTE, TEE (+ kontrast)
echoprázdňý prostor, intaktní epikard, endokard
- ☐ MR
- ☐ CT

Diff. dg.

- ☐ trabekulizace
- ☐ trombus
- ☐ aneuryzma
- ☐ pseudoaneuryzma



Léčba

- ☐ chirurgické řešení (resekce + xenoperikard) – preferované, zvl. při IM (mortalita 90%)

kdy neoperovat:

- ☐ klinická stabilita
- ☐ absence toku přes disekci
- ☐ absence viability myokardu v daném povodí
- ☐ regrese nálezu (nárůst echogenity v kavitě, organizace trombů)
.. KCH jen současně s revaskularizací

- ☐ konzervativní postup



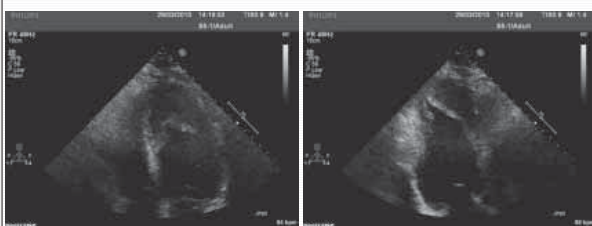
Kazuistika

- ☐ 52-letý svářeč, nekuřák
- ☐ OA: art. hypertenze, chronická žilní insuficience s ulceracemi bérků
- ☐ FA: Rhefluin, Cynt, Prestarium, Detralex
- ☐ 19.3.2010 retrosternální bolest, trvání několik hodin
- ☐ 26.3.2010 prekolaps
- ☐ laboratorní nálezy:
 - troponin T 2,7
 - CRP 115
 - nT-proBNP 2492
 - leu 10,7, ery 5,32, HKT 0,460



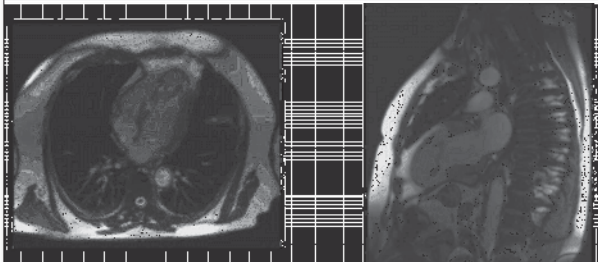
TTE 29.3.2010

LV 51mm, IVS 10mm, PW 11mm, LA 50mm, RV 32mm, EF LK 40%

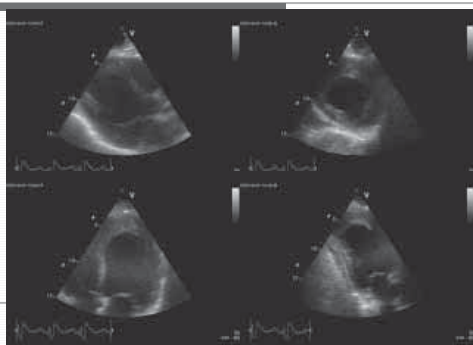


MR 29.3.2010

Tekutinná kolekce 54x35x74 mm



TTE 18.5.2010



Neobvyklý pŕípad aortální disekce

MUDr. Jan Václavík¹,

MUDr. Martin Hutýra, Ph.D.¹,

doc. MUDr. Vladimír Lonský, Ph.D.²

¹I. interní klinika, LF UP a FN Olomouc

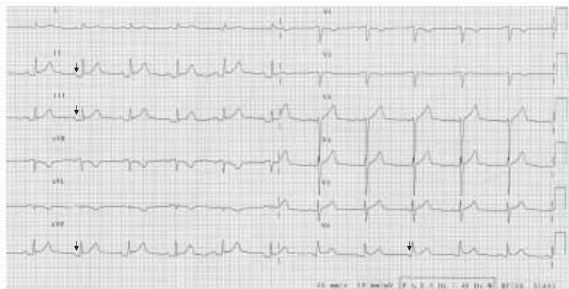
²Kardiochirurgická klinika, LF UP a FN Olomouc

Bolesti na hrudi

- ☐ 43letý muž asténického habitu, v minulosti léčen pouze pro vertebrogenní potíže, prodělal v říjnu 2007 týden trvající pracovní neschopnost pro virózu (rýma, kašel, artralgie)
- ☐ Týden poté 8. 11. hospitalizován pro nevolnost a bolest na hrudi za sternem vyzařující ke krku, bez hodin trvající tlakově-pálivou opocení či dušnosti
- ☐ Pro pozitivitu troponinu I 1,0...2,6 a přetrvávající EKG změny odeslán k akutní koronarografii



Vstupní EKG: přetrvávající difuzní elevace ST a deprese PQ úseku



Koronarografie

- ☐ Koronarografické vyšetření bylo negativní – hladké věnčité tepny, bez stenóz, ventrikulograficky bez poruchy kinetiky levé komory, EF LK 65%
- ☐ Bylo vysloveno podezření na dilataci srdečního stínu perikardiální tekutinou, stanovena pracovní diagnóza – akutní perimyokarditida
- ☐ Ke zhodnocení případného výpotku indikováno echokardiografické vyšetření



Echokardiografické vyšetření

- ☐ Normální funkce levé komory a ejekční frakce, bez chlopenních vad, bez tekutiny v perikardu
- ☐ Nalezen kulovitý útvar velikosti 3,5x3,5 cm v levé síni – suspektní myxom
- ☐ Indikováno jícnové echo

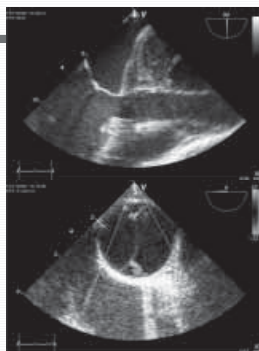


Jícnové echokardiografické vyšetření

Mezi ascendentní aortou, plicnicí a levou síní patrný hyperechogenní konzolidovaný útvar velikosti 7x5x5 cm, suspektní rozsáhlý trombus.

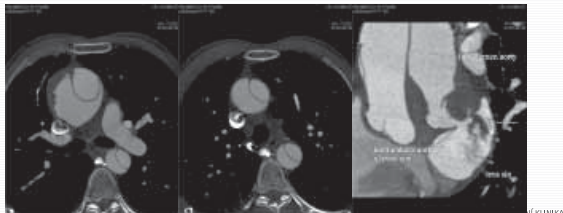
Kolem trombu patrný vysokorychlostní kontinuální tok, který není pulzující, má vrcholový gradient konstantní 77 mmHg, ústí do levé síně.

Diagnostikována aortální disekce v ascendentní i descendentní aortě, zkratový tok z pravého do falešného lumen v descendentní aortě, v oblasti bulbu rozměr včetně falešného lumen 8 cm



AngioCT aorty ascendentní aorta

Disekce aorty potvrzena CT vyšetřením; zřetelné pravé lumen i falešné lumen, které je v části vyplněno trombem. Trombus prolábuje do levé síně a v tvoří v ní hypermobilní pohybující se útvar



KLINICKÁ
KARDIOLOGIE
KATEDRA KARDIOLOGIE

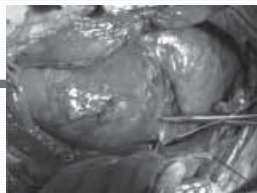
AngioCT aorty – 3D rekonstrukce hrudní a abdominální aorty



KLINICKÁ
KARDIOLOGIE
KATEDRA KARDIOLOGIE

Operace

- 13. 11. 2007 byla akutně provedena náhrada aortální chlopně mechanickou protézou a náhrada vzestupné aorty (Bentalova operace)
- V oblasti perikardu, pravé síně a arteria pulmonalis přítomny vazivové srůsty po předchozích atakách disekce
- Při operaci byly vyšší krevní ztráty, další pooperační průběh nekomplikovaný, za 10 dní po operaci pacient propuštěn do domácího ošetřování



KLINICKÁ
KARDIOLOGIE
KATEDRA KARDIOLOGIE

Vnitřní lékařství a diferenciální diagnostika febrilního stavu – bakteriální endokarditida

MUDr. Jan Zarivnij¹, MUDr. Yvona Hrčková¹,
MUDr. Markéta Kaletová¹,
MUDr. Dan Marek¹, MUDr. Marie Černá²,
doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA¹

¹I. interní klinika, LF UP a FN Olomouc

²Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

Úvodem - febrilie

Febriliemi se projevují m. j. mnohá interní onemocnění.

Hlavními příčinami febrilií jsou:

- infekce (20-40%)
- neoplastické stavy (10-25%)
- difuzní systémové choroby pojiva/vaskulitidy (15-20%)
- příčina nemusí být vždy objasněna (3/4 spontánní vymizení, u 1/4 pozdní manifestace ZN)



Modifikovaná Durackova diagnostická kritéria infekční endokarditidy:

Hlavní kritéria:

- 2 oddělené pozitivní hemokultury s nálezem typického mikroorganismu (streptokokus, stafylokokus, enterokokus, skupina HACEK)
- echokardiografické známky poškození endokardu (vegetace, absces, dehiscence umělé chlopně)

Vedlejší kritéria:

- predispozice:
 - predisponující srdeční onemocnění (mechanická protéza chlopně nebo bioprotéza, IE v anamnéze, chlopní vady, defekt septa komor, hypertrofická KMP, defekt septa komor.....)
 - intravenózní narkomanie
- febrilie nad 38°C
- cévní příznaky (velké arteriální embolizace, septické plicní infarkty, mykotická aneuryzmata, nitrolební krvácení, konjunktivální hemoragie, Janewayovy léze)
- imunologické příznaky (glomerulonefritida, Oslerovy uzliny, Rothovy skvrny, pozitivní revmatoidní faktor)
- netypický mikrobiologický nález



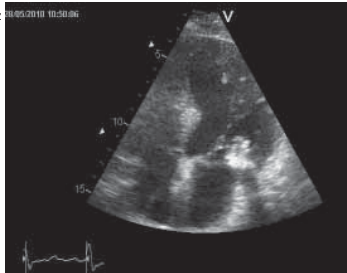
Popis případu

- 64letá pacientka, polymorbidní - diabetička II. typu s MVK komplikací a makroangiopatií DKK (léčba CSII - kontinuální subkutánní inzulinová pumpa), s povšechnou aterosklerózou, s ICHDKK, hypertoničkou
- Přijata na kardiologickou kliniku s podezřením na tichý IM u diabetičky - pozitivní troponin (0,405 µg/l), na EKG LBBB nejasného stáří
- **Klinicky:** dominantně febrilní stav s TT nad 38°C pod obrazem enteritidy, akutní bronchitidy se sinusitidou a stav dezorientace až zmatenosti
- **Laboratoř:** elevace zánětlivých markerů - CRP 160 mg/l, leukocytoza $17,7 \times 10^9/l$
- **Před přijetím:** vyloučena embolizace do AP a CMP, na rtg snímku plicní parenchym bez ložiskových a infiltrativních změn
- **V anamnéze:** revmatická horečka v dětství a aortální regurgitace



Po přijetí:

- Akutní koronární léze nepotvrzena - bez signifikantní dynamiky ve vývoji troponinu ($0,405 \mu\text{g/L}$, $0,393 \mu\text{g/L}$), bez odpovídající klinicky, EKG bez vývoje ischemických změn
- Transtorakální echokardiografie prokázala normální systolickou funkci LK, EFLK 55%, lehkou Ao regurgitaci, na Mi chlopní výrazné degenerativní změny zadního cípu plus vlající drobný filiformní útvar s degener. změnami, bez evidentní poruchy funkce Mi chlopně ve směru stenózy nebo regurgitace - vysloveno podezření na bakteriální endokarditidu (viz obr)
- Pokus o jícnovou echokardiografii bez úspěchu - nespupráce pacientky při zmatenosti, bez pokusu o zavedení sondy v celkové anestezii pro silné zahlenění



L. INTERNÍ KLINIKA
KARDIOLOGIE
HODKOVSKÝ ÚSTAV PRO KARDIOLOGII

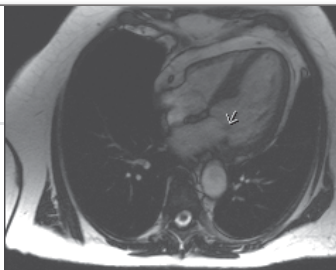
Postup:

- Provedeny zvyklé odběry hemokultur, kultivace sputa, stěr z krku, kultivace moči a stolice
- Pro podezření na bakteriální endokarditidu poté ihned zahájena razantní ATB terapie!!
 - ATB terapie počátku krátce empiricky (Amoksisiklav), poté ve spolupráci s ATB střediskem dle výsledku provedených odběrů
 - ordinován Gentamicin $1 \times 240 \text{ mg i. v.}$ + Ampicilin $4 \times 3 \text{ g i. v.}$, následně Amoksisiklav $3 \times 1 \text{ g}$ + Ciprinol $2 \times 500 \text{ mg p. o.}$
- Z provedených vyšetření:
 - stolice a moč: negativní kultivace
 - ve sputu: Escherichia coli var. haemol.
 - v hemokulturách: Enterobacter cloacae a Corynebacterium afermentans
 - stěr z nosu: Staphylococcus sp. +
 - stěr z krku: Staphylococcus sp. +
- Symptomaticky zaležena akutní bronchitida, enteritida
- Zhoršení orientace až zmatenost v úvodu přičítána horečnatému stavu s dehydratací při arteriosklerotické encefalopatii a relativním hypoglykemiím při neoptimálně nastaveném režimu inzulinové pumpy (na kontrolním CT mozku bez známek akutní patologie), po přechodném vysazení inzulinové pumpy s korekcí glykemií pomocí inzulinu i. v. a rehydratací pacientka klinicky zlepšena

L. INTERNÍ KLINIKA
KARDIOLOGIE
HODKOVSKÝ ÚSTAV PRO KARDIOLOGII

Došetření útvaru na mitrální chlopní:

- Po stabilizaci stavu provedena jícnová echokardiografie, kde u báze zadního cípu mitrální chlopně na síťové straně relativně pevně nasedající velký multilobulární - kvěťákovitý útvar velikosti minimálně $1,5 \times 1 \text{ cm}$, ze kterého ještě vlající až filamentózní konce, vedle něj ještě druhý, menší útvar, děravý, recesy proudící krev v systole komory - regurgitace skrz nebo vedle útvaru bez hemodynamické významnosti.
V dif. dg. útvaru tumor - infekce - trombus.
- K došetření provedena MR srdce prokazující insuficienci mitrální chlopně III. st. s vegetací na zadním cípu a insuficienci a stenózou aortální chlopně (obr. 1, snížená kvalita zobrazení)
- Zpětně při porovnání snímků již na CTA aorty provedené před přijetím k vykloučení embolizace do AP obraz podporující nálezy na MR (obr. 2)



Souhrn

- Během ATB terapie laboratorně pokles zánětlivých markerů, pacientka klinicky zlepšena, afebrilní, v uspokojivém klinickém stavu propuštěna do domácí péče cca po dvouměsíční hospitalizaci. Před propuštěním dle doporučení diabetologa převedena na režim IIT (intenzifikovaná inzulinová terapie)

Vývoj v posunu pracovních diagnóz dle priorit:

- A) Akutní infarkt myokardu
febrilie k došetření
dezorientace až zmatenost k došetření
- B) Febrilie k došetření
dezorientace až zmatenost k došetření
infarkt nepotvrzen
- C) Febrilie - podezření na bakteriální endokarditidu
příčina dezorientace až zmatenosti odhalena
- D) Bakteriální endokarditida

L. INTERNÍ KLINIKA
KARDIOLOGIE
HODKOVSKÝ ÚSTAV PRO KARDIOLOGII

Závěrem:



- Příklad demonstruje mnohdy obtížnou diferenciální diagnostiku febrilního stavu, kdy u pacientky přijaté původně pro febrilie při bronchitidě se sinusitidou, enteritidě, se stavem zmatenosti s podezřením na akutní koronární syndrom byla diagnostikována bakteriální endokarditida.
- Endokarditida má často fatální průběh a klíčová je včasná diagnóza a intenzivní ATB terapie!!



Nestabilní angina pectoris zakrývající neobvyklou komplikaci trvalé kardiostimulace

doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA,
MUDr. Marián Fedorco

I. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Anamnéza

- ☐ 78letá žena
- ☐ Hypertenze, diabetes, parox. fibrilace síní
- ☐ EF 0.55, porucha diastolické funkce, mírná Mi regurgitace, LS 42 mm
- ☐ NYHA II, bez zn. srdečního selhání
- ☐ Terapie: ASA, ACE, Amiodaron, BB, diuretikum
- ☐ 2006 – implantace 1D KS pro symptomatický sick sinus syndrom (okresní int. oddělení)
- ☐ Chyba č. 1: proč ne RF ablace FIS
proč 1 D KS při dg. SSS



2008

- ☐ Progrese srdečního selhání, NYHA III, otoky DK
- ☐ EKG: 100 % stimulace z hrotu PK
- ☐ ECHO: pokles EF LK na 0,40, asynchronie stahu
- ☐ Hodnoceno: PM syndrom
- ☐ Indikace: upgrade na DDD KS



Upgrade na AV sekvenční stimulaci

- ☐ 12/10/2007
- ☐ – doplnění síňové EL
- ☐ - punkční technika (via v. subclavia l. dx.)
- ☐ - dle protokolu normální průběh výkonu
- ☐ - pacientka si stěžuje na bolesti na hrudi, progredující dušnost



Chyba č. 2:

- ☐ V dokumentaci není dohledatelné kontrolní EKG, rtg S+P, echo...
- ☐ Nebyla provedena kontrola KS před dimisí
- ☐ Zahájena léčba warfarinem při fibrilaci síní
- ☐ 15. 10. 2007 propuštěna do domácího ošetření



20. 10. 2007

- ☐ V noci se budí výraznou dušností a bolestmi na hrudi vpravo parasternálně s propagací mezi lopatky
- ☐ Volána RZP, při příjezdu tachypnoe, cyanóza, absence dýchání v rozsahu distální poloviny pravé plíce
- ☐ transfer do okresní nemocnice



EKG obraz při přijetí



Nadhraniční troponin, K 3.8, leukocytóza

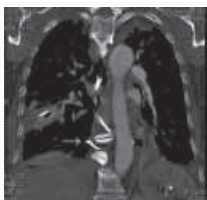


Transfer do PTCA centra

Pravostranný fluidotorax
Drobný perikardiální výpotek
Atypická poloha PS elektrody
SKG neprováděna
Referována k CT hrudníku



Příčina obtíží a atypického EKG obrazu:



Závěr: Penetrace PS EL do mediastina a pravé pohrudniční dutiny
Řešení: Okamžitá kompletní extrakce KS systému
Toraskopická revize pohrudniční dutiny, odsátí hemoragického výpotku, sutura kanálu



Případ systémového autoimunitního onemocnění s postupně se rozvíjející symptomatologií

MUDr. Marta Pískovská,
MUDr. Emílie Krobová

Oddělení všeobecného praktického lékařství,
Městská nemocnice Ostrava

Anamnéza

- Pacientka, narozena 1953, v péči naší ambulance od r. 1991
 - RA: bez pozoruhodností
 - PA: účetní
 - OA:
 - od 20 let věku dispenzarizována na urologické ambulanci pro mnohočetnou nefrolitiázu a opakované LERV
 - v roce 1993, 1997 a 1998 měla renální koliku a v r. 1997 i LERV
 - v roce 1994 provedena laparoskopická sterilizace
- Do naší ambulance docházela pacientka nepravidelně, jen při recidivách renálních kolik či při infektu
- V r. 2000 tendovaginitis extensorum dorsi pedis I. sin, v r. 2002 recidiva, vždy s rychlým odezněním potíží po fixaci

1. Dg. seronegativní revmatoidní artritida

- Duben 2008 - několik týdnů trvající únavový syndrom s artralgiemi, postiženy drobné klouby rukou a nohou. Otoky kloubů mírné bez výraznějšího omezení hybnosti, ranní ztuhlost přítomna v řádu desítek minut
- Rtg rukou - mírné osteoartrótické změny
- Laboratoř: zánětlivé parametry nezvýšeny, mírně zvýšen kreatinin 143 mmol/l - dlouhodobý stav, RF negativní, sérologie borrelií slabě pozitivní ve třídě IgG, sérologie Chlamydia pneumoniae pozitivní ve třídě IgA, přeléčena klaritromycinem bez efektu stran artralgií
- Květen 2008 - trvají polyartralgie se známkami artritidy - pacientka odeslána do revmatologické ambulance - seronegativní revmatoidní artritida: medikace Medrol 8 mg/den. Po 2-3 týdnech známky artritidy zcela ustoupily, Medrol snížen na 4 mg/den, po týdnu si pacientka Medrol sama vysadila.

Recidiva po vysazení imunosuprese

- Červen 2008 - akutní gastroenteritis s iritací pankreatu, hospitalizace na interně, přetrvávající hyperamylazemie do srpna 2008, lehká anemizace
- Srpen 2008 - náhlé zhoršení artralgie, otoky a ztuhlost drobných kloubů rukou, do medikace k Medrolu 4 mg/den (jeho předchozí vysazení pacientka nepříznala) přidán Methotrexat 10 mg týdně a aplikován bolus kortikoidů i. m., během následujících 4 týdnů známky artritidy zcela ustoupily
- Září 2008 při kontrole na revmatologii snížen Methotrexat na 7,5 mg týdně a Medrol na 4 mg obden
- Koncem září 2008 pacientka opět medikaci bez konzultace s lékařem opět svévolně vysadila

2. Dg. autoimunní trombocytopenie

- Říjen 2008 - oční vyšetření pro hematoma víček asi po bodnutí hmyzem - ord. Kanavit 10 kapek/den a Ascorutin 2x1 tbl.
- Po 2 dnech v naší ordinaci - krvácení z dásní, epistaxe, hematurie, hematomy obou horních víček. Na HKK a DKK četné hematomy, na břiše palpační nález klidný, slezina nenarází, játra v oblouku, per rektum negativní
- Krevní obraz statim - 10 trombocytů - odeslána k hospitalizaci na interně. Pacientka hospitalizaci odmítla
- Na hematologické ambulanci provedena sternální punkce a nasazen Prednison v dávce 60 mg/den jako léčba imunní trombocytopenie. Sternální punkce - těžká hypocelularita, pozitivní protilátky proti trombocytům
- Postupně se hladina trombocytů zvyšovala, dávka Prednisonu snižována během 3 týdnů na udržovací dávku 5 mg/den, pak obden a 22. 1. 2009 Prednison vysazen.

3. Dg. autoimunní tyreopatie

- Duben 2009 - 14 dnů trvající pocit váznutí tuhého sousta při polykání. Před začátkem potíží jedla rybu, myslí si, že ji v krku uvázla kost, žádá o vystavení doporučení k ORL. Na cílený dotaz pacientka v posledním týdnech připouští výraznější únavu a svalovou slabost
- Klinický nález bez pozoruhodností
- Laboratoř - KO, JT, glu, odběr rozšířen o kreatinínáz, myoglobin a ssTSH, a-TPO. ORL - negativní, dop. rtg pasáž jícnem. Lab. ssTSH 5,58 mU/l - zvýšeno, a-TPO 813,27 U/ml - pozitivní
- Endokrinologie - autoimunní Hashimotova tyreopatie, ord. Euthyrox 50 ug/den

4. Dg. smíšené onemocnění pojiva s rysy Sjögrenova syndromu

- Duben 2009 - v lab. vysoký myoglobin 577 ug/l a sérová kreatinínáz zvýšena na 10,29 ukat/l. Na doporučení revmatologa do medikace vrácen Medrol v dávce 8 mg/den
- Konzultace imunologa: stav uzavřen jako smíšené onemocnění pojiva s převažujícími rysy Sjögrenova syndromu, koincidence s autoimunní tyreoiditou. Ord. Equoral 25 mg 2x1, Medrol 4 mg/den
- Oční a denzitometrické vyšetření - osteopóroza
- Nefrologické vyšetření pro setrvalou hladinu kreatininu 150-170 mmol/l: chronická renální insuficience v.s. kombinované etiologie - podíl chronické pyelonefritidy při recidivující nefrolitáze, podíl smíšené nemoci pojiva a do budoucna nelze vyloučit ani cyklosporinovou nefropatii

Současný stav

- Pacientka léčbu akceptuje. Po dohodě s pacientkou k překlenutí úzkostně-depresivních potíží do medikace přidán citalopram v dávce 10 mg/den, od 7. dne 20 mg/den s dobrým efektem na psychiku
- Pacientka je v současnosti dispenzarizována v revmatologické, endokrinologické a nefrologické ambulanci. Užívá udržovací léčbu imunosupresiv a její stav je stabilizovaný



Závěrečné aspekty

- Měnivost obrazu autoimunitních onemocnění s možností postižení různých systémů (klouby, krevní destičky, štítná žláza, svalová tkáň...)
- Důležitost role praktického lékaře znajícího celou anamnézu pacienta na včasném zachytu různých projevů autoimunitního onemocnění
- Význam vztahu lékař - pacient a vzájemné důvěry a spolupráce na léčbě. Tento vztah je někdy budován velmi dlouho a získání pacienta pro spolupráci k dodržování léčebného režimu je zcela zásadní, jak bylo možno sledovat na jednotlivých relapsech nemoci při samovolném vysazení léčby u výše uvedené pacientky.

Hyponatrémie – rizikový faktor i příznak závažného onemocnění

MUDr. Vítězslava Šopíková,

MUDr. Eliška Knajblová,

MUDr. Václav Kopal

Středomoravská nemocniční, a. s.

o.z. Nemocnice Přerov – Interní oddělení

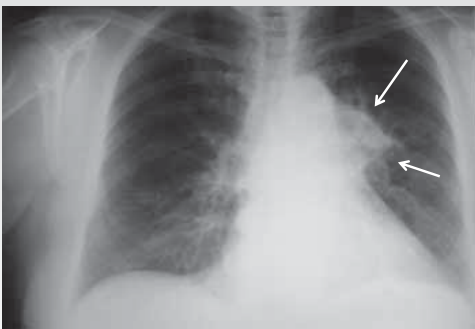
Kazuistika

- 59letá pacientka, léčená ambulantně pro bronchopneumonii (Xorimax – 10. den), vyšetřena na int. odd. pro nauzeu, bolest na hrudi v oblasti přední stěny
- **QA:** hypertenze, hypothyreóza, vředová choroba žaludku, CHOPN, nikotinismus
- **FA:** Tarka, Euthyrox, Duaspir Diskus
- **Obj. nález:** výška 168 cm, váha 82 kg, TK 160/70 mm Hg, TF 77/min., na EKG: SR, f 74/min., bez patologie
fyzikální nález: dýchání – pískoty vpravo bazálně, jinak bez pozoruhodností

Laboratorně:

- Hyponatrémie (104 mmol/l), hypochlorémie (70 mmol/l), hypoosmolalita (217 mmol/kg), elevace CRP (31,62 mg/l), ostatní laboratorní ukazatele v normě
- V anamnéze bez údajů o možných ztrátách průjmů, zvracením, krvácením a medikace způsobující hyponatrémii
- Dalšími laboratorními vyšetřeními vyloučena renální etiologie (urea 2,17 mmol/l, kreatinin 50 umol/l, clearance kreatininu 2,56 ml/s), endokrinní příčina jako tyreopatie (TSH 3,99 mIU/l, fT4 16,10 pmol/l) a porucha kůry nadledvin (kortizol v moči 270 nmol/24 hod.)
- Za hospitalizace provedeny sběry moči s odpadem minerálů za 24 hod. odpad Na 287 mmol/24 hod., odpad Cl 299 mmol/24 hod., diuréza 2450 ml/24 hod.

- Vzhledem k výše uvedeným nálezům bylo vysloveno podezření na syndrom inadekvátní sekrece ADH (SIADH) nejasné etiologie
- V rámci pátrání proveden **rtg S+P** s nálezem zvětšeného a prominujícího plicního hilu vlevo (obr. 1)
- Indikováno **CT plic a mediastina**, nález centrálního tumoru plic, mediastinální lymfadenopatie, fluidothorax vlevo a susp. metastáza levé nadledviny (obr. 2)



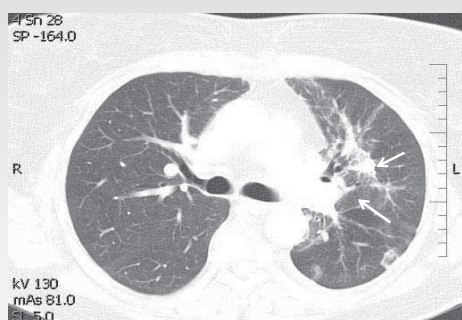
Obr. 1. Rtg S+P – prominující plicní hilus vlevo



Obr. 2. CT plic a mediastina v době diagnózy – tumor v levém plicním hilu s atelektázou segmentu 6 vlevo a mediastinální lymfadenopatií

- **Bronchoskopie** - malobuněčný bronchogenní karcinom G3 s neuroendokrinní diferenciací, imunohistochemicky exprimující pancytokeratiny AE1-AE3, CD 56 a slabě synaptofyzin a chromogranin A
- Další vyšetření, které pacientka podstoupila, jako **UZ břicha a CT mozku** s normálním nálezem, bylo bez prokázaného metastatického postižení zobrazovaných orgánů či podezření na jinou příčinu SIADH
- Terapie – spočívala v restrikci tekutin 0,75 l/24 hod. a substituci NaCl hypertonickými roztoky

- Po 23 dnech substituce došlo ke zvýšení s-Na na 131 mmol/l a s-Cl na 96 mmol/l, osmolalita 267 mmol/kg
- Pacientka předána do péče spádového onkologa, kde zpočátku ambulantně pokračovala v substituční terapii
- Následně podstoupila 4 cykly **chemoterapie** carboplatinou + etopozidem následovanou **radioterapií** a 5. cyklem chemoterapie, po kterých nastala postupná úprava hladin s-Na, s-Cl a osmolarity a došlo k vymizení SIADH, bez nutnosti další substituce
- Po 6 měsících pacientka asymptomatická, subjektivně bez výraznějších obtíží, terapie ukončena, nyní jen ve sledování onkologa
- Při kontrolním CT plic patrná regrese nálezu (obr. 3), prozatím nebyla zjištěna generalizace primárního tumoru



Obr. 3. CT plic a mediastina 6 měsíců po stanovení diagnózy, chemoterapii a radioterapii – regrese v oblasti levého plicního hilu a mediastinální lymfadenopatie

Závěr

- Hyponatrémie je jedna z nejčastějších iontových poruch, často jí není věnována dostatečná pozornost
- Jde o významný rizikový faktor ovlivňující průběh onemocnění a zhoršující prognózu nemocného
- V některých případech může být významný rizikový faktor a zároveň jediný příznak závažného onemocnění, jak ukázala naše kazuistika pacientky s bronchogenním karcinomem

Centrální hemiparéza jako dominující projev systémové vaskulitidy

MUDr. Ľubica Cibičková

2. interní klinika, FN Hradec Králové
a LF UK v Hradci Králové,
Interní oddělení Nemocnice Hranice, a.s.

Anamnéza

- ♀, 58 let
- **OA:** arteriální hypertenze, autoimunitní hypotyreóza, diabetes mellitus 2. typu, středně těžké bronchiální astma, v r. 2003 – perikarditis
- **FA:** Lokren, Euthyrox, Aeries
- **Abúzus:** 0
- **Alergie:** 0 (!)
- **NO:** průjmy, bolesti v obl. epigastria, subfebrilie, poté porucha hybnosti, orientace v prostoru, rozmazané vidění, změna psychiky

Vstupní vyšetření

- **Centrální pravostranná hemiparéza** bez mening. sy a poruchy mozkových nn., taxe hypometr., hypobulie
- Na kůži pod nehty a pretibiálně - drobné **třískovité hematomy**
- **Laboratoř:** CKMB 1,47 $\mu\text{kat/l}$ (n: 0-0,5 $\mu\text{kat/l}$); TnT 1,85 $\mu\text{g/l}$ (n: 0-0,03 $\mu\text{g/l}$), CRP 79 mg/l, leukocyty 14,5/nl, eozinofilie (69 %)
- **EKG:** 1 mm deprese ST nad přední stěnou

MR mozku

- Vícečetná T2 hyperintenzní ložiska v **korových i podkorových** oblastech
- Drobné ložisko v pravém **mezencefalu** a pravé **mozečkové** hemisféře
- Největší ložisko (20 mm) v **okcipitální** oblasti
- Postižení zejména **rozvodí** mozkových tepen a **terminálních** částí cévního řečiště

Terapie

- 1 g **metyprednisolonu** i.v. (5x obden)
- 1 mg/kg/den metyprednisolonu p.o. s postupnou detrakcí
- **Cyklofosamid** 500 mg i.v. á 1 měsíc (6x)
- **Azathioprin** 2 mg/kg/den p.o. - dosud

Podle doporučení EULAR (the European League against Rheumatism) pro terapii generalizovaných vaskulitid

Syndrom Churga-Strausové (CSS)

- **Bronchiální astma**
- **Eozinofilie** nad 10 % v diferenciálním rozpočtu leukocytů
- **Mononeuropatie** anebo polyneuropatie
- Migrující nebo přechodné **plicní** opacity na rtg hrudníku
- Postižení **paranasálních dutin**
- Biopsie s průkazem **extravaskulárních eozinofilních infiltrátů**

Diagnostická kritéria CSS dle Americké revmatologické společnosti

+ typický dvoufázový průběh

Diferenciální dignostika Kardioemboligenní postižení?

- Intermitentní **erythrocyturie**
- **Třískovité hematomy**
- Jícnový UZ srdce (TEE): drobný (2x1 mm) vlající útvar na zadním cípu mitrální chlopně, neměl charakter **vegetace**
- Negativní **hemokultury** (opakovaně)

Diferenciální diagnostika Mikroskopická polyangiitida (MPA)?

- **Histologie**: infiltráty s malou účastí neutrofilů lokalizovaných kolem cév subpapilárního plexu
- **Postižení ledvin?** (intermitentní hematurie, pod 0,5 g/den, cystoskopie a scintigrafie ledvin v normě, biopsie ledviny: bez zn. nekrotizující glomerulonefritidy)
- **ANCA** (anti neutrophil cytoplasm antibodies) negat.

Orgánové postižení u MPA a CSS

Orgánové postižení	Mikroskopická polyangiitida (MPA) %	Syndrom Churga-Straussové (CSS) %
Klouby	51	37
Horní cesty dýchací	-	83
Astma	-	100
Dolní cesty dýchací	35	73
Ledviny	69	16
Srdce	20	35
Kůže	73	52
Centrální nervový systém	12	9
Periferní nervový systém	58	72
Zažívací trakt	31	32
ANCA +	75	38

Převzato z Lamprecht P. et al. Current Drug Discovery Technologies, 2009 (6)

Hepatorenální selhání při leptospiróze

MUDr. Karolína Kafková,
MUDr. Zdeněk Monhart,
MUDr. Jan Sedláček

Interní oddělení, Nemocnice Znojmo



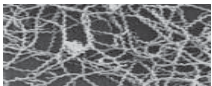
Leptospiróza

- Zoonóza s přírodní ohniskovostí přenášená infikovanými zvířaty (hlodavci, drobnými savci...), přenos z člověka na člověka nebyl prokázán
- Zdrojem nákazy je infikovaná moč, dříve hlavně profesionální nákaza
- Inkubační doba je 5-21 dní
- Lehký průběh (L. grippityphosa - polní horečka)
- Těžký průběh (L. icterohaemorrhagiae – Weilova žloutenka)
- Diagnostika je sérologická nebo pomocí PCR
- První protilátky můžeme v séru zachytit až 5.-7. den klinického onemocnění, a proto je nutné sérologické vyšetření dvakrát až třikrát opakovat



Klinika

- Dvoufázový průběh onemocnění
- I. fáze
- Teploty kolem 39°C, únava
- Bolesti hlavy a svalstva, poruchy nálady
- Gastrointestinální příznaky, krvácivé projevy
- II. fáze
- Aseptická meningitida, plicní hemoragie, selhání jater a ledvin, multiorgánové selhání
- Kauzální léčbou je terapie antibiotiky (peniciliny, cefalosporiny, nebo makrolidy)



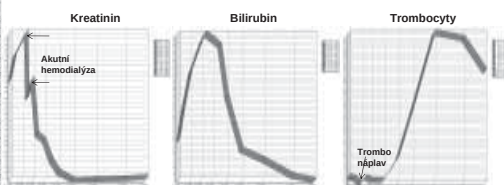


Kazuistika

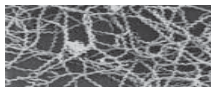
- 59letý pacient, pracovník na sádkách, doposud zdravý, přijatý na JIP pro akutní selhání jater a ledvin
- Čtyři dny trvající febrilie kolem 39 stupňů, rozvoj ikteru, bolesti a slabost svalstva dolních končetin
- Laboratorně vysoká zánětlivá aktivita, vysoké hodnoty kreatininu, urey a bilirubinu, hyperglykemie a trombocytopenie
- Nezjištěn lokalizovaný zánětlivý proces, stav pacienta vyžadoval akutní hemodialýzu
- Zaléčen cefalosporinem i. v., hydratován, parenterální výživa
- Pro progredující trombocytopenii s krvácivými projevy podány převody krevních destiček



- Sérologickým vyšetřením zjištěn vysoký titr protilátek svědčící pro leptospirovou infekci (*L. icterohaemorrhagiae*)
- V dalším průběhu došlo k postupné úpravě laboratorních parametrů, poklesu zánětlivé aktivity a zlepšení celkového zdravotního stavu



- Propuštěn do domácí péče po 3 týdnech s téměř normálními hodnotami kreatininu a jaterních testů
- S odstupem několika měsíců je pacient bez potíží a funkce jater a ledvin zcela v normě
- Po prodělaném onemocnění vzniká přísně specifická imunita jen pro příslušný druh leptospir
- Očkování proti leptospiroze u lidí se u nás neprovádí
- U lidí s vysokým rizikem nakažení je možno ke krátkodobé profylaxi použít doxycyklin p. o. 200 mg 1x týdně



Závěr

Náš případ demonstruje těžce probíhající leptospirovou infekci. Přestože je leptospiroza v našich podmínkách poměrně vzácné onemocnění (nemocnost v ČR se pohybuje kolem 0,3 případů/100 000 obyvatel), je zapotřebí na něj nezapomínat v rámci diferenciální diagnózy horečnatého onemocnění a akutního renálního a hepatálního selhání.

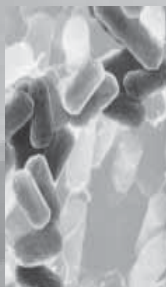
Důležitá je správně odebraná anamnéza a zjištění údajů o styku se zvířaty nebo pobytu v přírodě.

Clostridium difficile associated diarrhoea – aktuální problém

MUDr. Marie Záňová, MUDr. Zdeněk Monhart,
MUDr. Jan Sedláček

Interní oddělení, Nemocnice Znojmo

CLOSTRIDIUM DIFFICILE



- G+ anaerobní tyčinka
- Tvorba toxinu
 - Toxin A – enterotoxický
 - Toxin B – cytotoxický – až 100x účinnější
- U 5 % populace přítomen jako běžná flóra
- Nejčastější původce průjemových onemocnění u hospitalizovaných
 - Clostridium difficile associated diarrhoea (CDAD)
 - V současnosti nahrazuje infekce MRSA jako nejvýznamnější epidemiologický problém zdravotnických zařízení
 - tendence k častým relapsům
 - potenciál letálních následků

Rizikové faktory vzniku CDAD

Antibiotika

- Fluorochinolony
- Aminopeniciliny
- Cefalosporiny
- Linkosamidy

Další rizikové faktory

- Vysoký věk
- Polymorbidita
- Dlouhodobý pobyt na lůžku
- Operace v CA
- Operace dutiny břišní
- Malnutrice
- Malignita
- Ulcerózní kolitida

Preventivní opatření

- Racionální ATB terapie u hospitalizovaných
- Důsledný hygienicko-epidemiologický režim
 - Rezistence spór CD vůči alkoholové dezinfekci
 - Sporicidní dezinfekční přípravky
- Testování průjmů nejasné etiologie
- Podání probiotik u rizikových pacientů

Kazuistika

Anamnéza

- 79letý pacient
- Hypertonik
- Jinak bez vážnějších onemocnění

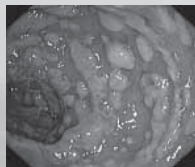
Nynější onemocnění

- Recentní váhový úbytek
- Nechutenství
- Únava
- Subfebrilie
- Polyartralgie
- Vstupní CRP 213

Kazuistika

- Průběh hospitalizace I

- Zahájena ATB léčba aminopenicilinem
 - Dle citlivosti změněna na **chinolon**
- Rozvoj průjmu
 - 5 stolic denně
 - Bez patologických příměsí
- Pozitivní vyšetření na clostridiový toxin
- Nasazení vankomycinu
- Setrvale nepříznivý stav
 - Negat. clostridiový toxin
 - Kolonoskopie
 - Páblánová kolitida
 - Metronidazol
 - Antimykotika
 - Parenterální výživa
- Postupný rozvoj ileozního stavu



Kazuistika

Průběh hospitalizace II

- Překlad na chirurgickou JIP
- Operace – založení derivační ileostomie
- Zahájení realimentace a rehabilitace
- Překlad zpět na interní odd.
- Zlepšování stavu
- Ukončení ATB terapie
- Měsíc po operačním výkonu
 - Celkové uspokojivý stav
 - Konždunutí o obnovení střevní rozkladu

Průběh hospitalizace III

- Překlad na chirurgické oddělení
- Zanoření stomie
- 3. pooperační den:
 - Rozvoj průjmu s febrilními špičkami
 - Recidiva klostridiové infekce
 - Rozvoj septického šoku
 - Exitus letalis

Závěr

- Pacient s CDAD
 - Rizikové faktory:
 - Vysoký věk
 - Dlouhodobá hospitalizace
 - ATB terapie:
 - Aminopenicilin
 - Chinolon
 - Malnutrice
 - Operační výkon v břišní dutině
- Poučení:
 - Rozvážné nasazení ATB
 - Současné s ATB probiotika

Diskuze

- Nasazení chinolonu...
 - Byla i jiná možnost?
- Chirurgický výkon
 - Stomie vs. endoskopická desufflace
- Obnova střevní kontinuity
 - Dříve nebo později...?

Deprese z nauzey

MUDr. Bc. Aleš Grambal

Klinika psychiatrie FN Olomouc a LF UP Olomouc

Příběh paní Jany I

- Paní Jana (28 let) byla hospitalizována na gynekologickém oddělení menší nemocnice pro komplikace při prvním těhotenství (hrozící potrat, krvácení a hematom pod plodovým vejcem).
- V průběhu hospitalizace nasazen Singular 1-0-0, Zodac 1-0-1, Torecan 1-1-1, Ascorutin 2-2-2, Dicynone 1-1-1, Magnosolv pulv. 1-0-1, Utrogestan 1-1-1

Příběh paní Jany II

- Paní Jana je postupně úzkostná, napjatá, neklidná, špatně spí, má obavy z budoucnosti, nic ji nebaví, u ničeho nevydrží, nedokáže se soustředit, často musí chodit.
- Voláno psychiatrické konzilium s podezřením na rozvoj psychiatrického onemocnění.
- Psychiatr uzavírá jako depresivní poruchu středně těžkou až těžkou, doporučuje překladi k hospitalizaci na PK FNOL.

Příběh paní Jany III

- Z gynekologického hlediska pacientka stabilní, proto byla tentýž den přeložena na Kliniku psychiatrie.
- **Dle pacientky** - když se dověděla, že je těhotná, byla spokojená, posledních 14 dnů se pak dostavily stavy, že nemohla spát, a ta nespavost se stupňovala tak, že spí jen 2 hodiny denně.
- Nemůže usnout, usíná v různou dobu, ale spí jen 2 hodiny. Taký mívá brnění nohou, dříve nic podobného neměla.

Příběh paní Jany IV

- Nespí asi 14 dnů, cítí se hrozně unavená, roztěkaná, je nesvá, občas se třese, náladu má špatnou, cítí smutek, beznaděj, má strach z toho, že nespí, ale i z nemocničního prostředí.
- Nic ji netěší, je bez energie, bez elánu, horší se to večer. Je celkově skleslá, smutná. Bojí se, že probděl celou noc.
- Myšlenky na sebevraždu nemá, má tíhu na hrudi, tíseň, bušení srdce, nervozitu. Cítí vnitřní neklid, má pocit, že neposedí...

Příběh paní Jany V

- OA: v 10 letech otřes mozku
- RA: bez známé psychiatrické heredity
- FA: Singular tbl, 1-0-0, Zodac tbl, 1-0-1, Torecan tbl, 1-1-1, Ascorutin tbl, 2-2-2, Dicynone tbl, 1-1-1, Magnosolv pulv. 1-0-1, Utrogestan tbl, 1-1-1
- SA: žije s manželem u jeho rodičů, vztahy mají dobré, s manželem se znají 7 let
- PA: VŠ vzdělání, v práci spokojena, nyní DPN

Příběh paní Jany VI

- V průběhu vyšetření pacientka opakovaně vstává, popochází, nestabilní při chůzi, hypomimická, absence synkinéz.
- Lucidní, orientovaná, kontakt dobrý, spolupracující, řeč robotická, pm tempo obleněné, odpovědi přiléhavé po mírných latencích, myšlení koherentní, vnímání bez poruch, subdeprese, ankxieta, tenze a pm neklid, bez suicidálních rozvah či tendencí, bez agrese, chování bez poruch, osobnost bez zjevné patologie, náhled dostatečný.

Příběh paní Jany VII

- V průběhu vyšetření pacientka opakovaně vstává, popochází, zjevné akatizie, parkinsonský syndrom s nestabilitou při chůzi, hypomimií, absencí synkinéz, obtížnějším polykáním, rozostřeným viděním.
- **Dg: Polékový parkinsonský syndrom.**
- Torecan ex, na noc přechodně BDZ v nízké dávce.
- Po týdnu odeznívá parkinsonský syndrom, dimise.
- Kontrola v PsA po měsíci, bez potíží, bez medikace.

ZÁVĚR

- Nauzea a zvracení postihuje v průběhu těhotenství až 90 % žen.
- Etiologicky je zvažován vliv řady hormonů a cytokinů.
- Některá antiemetika mohou vést k závažným nežádoucím účinkům.
- **Doporučení:**
 - Antiemetika u těhotných zvažovat.**
 - Po nasazení edukovat a sledovat.**
 - U těhotných vždy myslet na expy. sy.**

Popis jednoho zápasu – kazuistika pacientky s psychosomatickými souvislostmi

MUDr. Michal Kryl

Psychiatrická léčebna Šternberk
Privátní psychoterapeutická praxe Olomouc

**Jana (36), svobodná, bezdětná, VŠ,
učitelka výtvarného oboru v ZUŠ, v ID**

Z psychiatrické anamnézy:

4 roky ambulantní léčby, hospitalizována v PL již před 4 měsíci: stř. těžká depresivní epizoda, akcentovaná osobnost kombinace SSRI + TCA, BZD, promethazin, PST

Z explorace:

- pocity nejistoty, potíže v komunikaci, bezmoc, vybití vzteku, úzkostně depresivní stavy

Z deníkových záznamů během pobytu:

- *sebedeptající kolotoč*: nemám vlastní hodnotu, trestám se (škrabání), což mi přináší úlevu až potěšení, jsem závislá na hodnocení druhými, nepřijímám pochvalu, ale toužím po ní, kritika mě zasahuje, NEMÁM SE RÁDA!

Ze somatické anamnézy

ASTMATICKÉ OBTÍŽE V DĚTSTVÍ

vystřídány v 8 letech

DM I. typu (+ nefro-angio-retinopatie)

později přidružen nález

TYREOPATIE titr autoprotilátek



POLYGLANDULÁRNÍ AKTIVACE
AUTOIMUNITY

Psycho-somatické souvislosti

ASTMA BRONCHIALE

- stavy zoufalství a bezmoci jako spouštěče
- zablokované pocity zloby a hněvu
- současná touha po blízkosti i odstupu ve vztazích

(konflikt: autonomie/závislost)

DIABETES MELLITUS

- konflikt: láska (sladké) / agrese (kyselé)
- neschopnost lásku přijímat ani vyjadřovat
- kolísání glykemie na podkladě emocí (deprese, zlost), déletrvajícího interpersonálního napětí, non-compl.

AUTOIMUNITNÍ TYREOIDITA

- štítná žláza – štít, vitalita, růst
- autoimunitní reakce – boj se sebou, autoagrese

MATKA

Životopis

Ty můžeš za mé neštěstí! (potrestám tě mlčením)

MUŽI

V dětství mě děda nutil hrát si s jeho penisem.

V 15 letech v nočním vlaku se mě pokusil znásilnit průvodčí.

Bratr si na mě „zkoušel“ erotické postupy před svým rande.

Otčím bil přede mnou mou nevlastní sestru.



VÝČITKY - nepomohla jsem matce/nebránila jsem se/líbilo se mi to

SEBEOBVIŇOVÁNÍ - jsem na světě navíc, připadám si špinavá

SEBETRESTÁNÍ - poškrabání se /muži nablízku, když mě chválí/

VZTAH K MUŽŮM - strach, odpor a pohrdání, absence partnera

Terapeutický program /8týdenní cyklus/

- TERAPEUTICKÁ KOMUNITA
- SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE /systematická v otevřené skupině/
- INDIVIDUÁLNÍ PRÁCE S DENÍKEM A ŽIVOTOPISEM
- NÁCVIK RELAXAČNÍCH METOD (AT)
- ARTETERAPIE
- PRACOVNÍ TERAPEIE /keramika, zahradnictví/
- KINEZIOTERAPII /tělocvična, hřiště/
- REHABILITACE POHYBOVÉHO APARÁTU

+ FARMAKOTERAPIE

Citalec, Noveril, Questax, Atarax / Prestarium, Vessel-Due, INZ

Průběh léčby

I-II.týden

Glykemie: 8-16

Prožívání: strach z mužů, strach hovořit před ostatními, pocity samoty, nepatřičnosti, paralyzující úzkost. Necítí nic k matce. Při četbě Životopisu „bez emocí“. Pak EMOČNÍ TŘESK –pláč, útěk z aktivit, touha nebýt.

Chování: uzavřenost

Průběh léčby

III-IV.týden

Glykemie: 4-23, kolísá

Prožívání: menší strach z mužů v komunitě, nicméně jimi pohrdá. Sebepoškozování jako kompenzace pocitů viny. Na povrch vyplouvají „zapomenutá“ témata. Lépe relaxuje i při vedení relaxace terapeutem.

Chování: začíná „pubertálně zlobit“

Průběh léčby

V-VI.týden

Glykemie: 6-22...8-14, stabilizuje se

Somatický stav: otoky víček, bolesti kloubů

Výsledky vyšetření: anti TPO 280, anti Borrelia +

Léčba: nasazen doxycyklin

Prožívání: pozitivnější vztah k mužům, větší odvaha k otevření se ve skupině (vztah k mužům, sexualita), sblížení se sestrou i matkou, přehodnocení vztahu k rodině, začíná toužit po partnerovi

Průběh léčby

VII-VIII.týden

Glykemie: 6-14...7-29, kolísá

Somatický stav: nedává najevo, výměna inz. p.

Prožívání: pozitivnější vztah k mužům, větší odvaha k otevření se ve skupině (touha po partnerovi, sexualita). Výčitky, chce vyhovět všem, pochybnosti o sobě a své perspektivě.

Předsevzetí – méně samoty, lidé, vztah.

Úleva: TAK JSEM TU PŘECE NEBYLA
ZBYTEČNĚ

Antitrombotická léčba pohledem praktika

doc. MUDr. Věra Krčová, CSc.

Hematoonkologická klinika FN
a LF UP v Olomouci

Antitrombotická léčba

- Je indikována v situacích spojených s protrombotickým stavem, tj. s aktivací primární či sekundární hemostázy
- Je široce užívaná a vysoce účinná
- Lze ji rozdělit do několika skupin dle různých kritérií:
 - antiagregační
 - antikoagulační
 - trombolytická
 - kombinovaná atd.

Arteriální a žilní trombóza

- Jsou častou příčinou invalidizace a úmrtí
AT → ACS či kardioembolické příhody
ŽT → PE a posttrombotický sy.
- Zlepšuje se diagnostika ŽT a PE, trombofilii → rozšiřuje indikaci tromboprolaxe pro chirurgické i interní obory
- American College of Chest Physicians (ACCP) – 2008 June - Guidelines

Základní složky hemostázy

- **Primární hemostáza** (vytvoření destičkové zátky – klíčová role trombocytů a cévní stěna)
- **Sekundární hemostáza** (stabilizace trombu fibrinovou sítí – aktivace proteázy trombinu → polymerizace fibrinogenu)

Společně tvoří jeden celek.

Jsou funkce důležité pro udržení cévní integrity a zajištění cirkulace.

Kyselina acetylsalicylová (ASA)

➤ **Anopyrin** (tbl. 30/100), **Godasal** (tbl. 100)
ASA je rychle absorbována v GIT – plazmatický poločas 20 min.

➤ Základním mechanismem působení je ireverzibilní acetylace enzymu cyklooxygenázy – syntázy prostaglandinu H_2 prekurzoru TXA_2 v Tr a megakaryocytech a PGI_2 v endotelích

Výsledek – snížení tvorby TXA_2 po dobu života trombocytů 7-10 dní.
Syntéza PGI_2 je zachována.

Klinické indikace

Sekundární prevence aterosklerózy → snížení vaskulárních příhod

- IM
- CMP
- Periferní tepny

Existují doklady o příznivém efektu u pac. s AS s postižením karotid

Po TIA, revaskularizačních a rekonstrukčních cév. operacích

Primární prevence aterosklerózy – více nejasností

- Snížení rizika vzniku IM, iktu, fatálních kardiovaskulárních příhod

Prospěch u DM, FS s kontraindikací antikoagulace, indikace též u chronického selhání ledvin u hemodialyzačního programu

Thienopyridiny

- **Ticlopidin** (Ticlid, Tagren, Ipaton tbl. a 250 mg)
- **Clopidogrel** (Plavix tbl. 75/300 mg)
- **Prasugrel** – ve studiích

Jsou selektivní antagonisté receptoru ADP na trombocytech, inhibují ireverzibilně vazbu na ADP receptoru $P2Y_{12}$.

Účastní se v pozdější fázi aktivace trombocytů a exprese

Clopidogrel je metabolizován v játrech cytochromem P450 na aktivní metabolity

Racionální užití protidestičkové léčby

1. U nemocných s akutními formami ICHS (IM a NAP) – ASA, Clopidogrel, Eptifibatid
2. Sekundární prevence AS po prodělaném IM, iktu nebo TIA – ASA, Clopidogrel, Aggrenox
3. Pacienti se stabilní AP, němou ischemií, při klaudikujících ICHDK – ASA, Clopidogrel
4. Primární prevence u rizikových osob (DM, HN s dalším rizikovým faktorem) – ASA
5. Po revaskularizačních výkonech na koronárních či periferních tepnách, zejména po implantaci stentu – ASA, Clopidogrel, perspektivně Prasugrel
6. FS při kontraindikaci antikoagulace - ASA

Warfarin - farmakokinetika

- Prostupuje placentární bariérou
- Plný účinek nastupuje s latencí 3-5 dnů a přibližně tutéž dobu přetrvává po vysazení léku → není vhodný pro urgentní terapii
- Kompletní vstřebání po perorálním podání
- Biologická dostupnost: 90-100 %
- Vazba na plazmatické bílkoviny: 99 %
- Metabolismus v játrech (cytochrom P-450), vylučován do moči
- Nutná konzumace srovnatelných dávek vitamínu K v potravě

Mutace cytochromu P-450 Cyp 2C9

- Cytochromový systém P-450 je zodpovědný za resorpci, aktivaci, metabolismus i aktivaci řady léků
- Jeho varianta 2C9 hraje významnou roli v odbourávání warfarinu
- Pacienti s touto abnormalitou (asi 10 % naší populace) v kombinaci s medikamenty mají snížený či zvýšený efekt warfarinové léčby

Komplikace v dávce warfarinu

- Snížená afinita warfarinu → hepatální receptor, relativní rezistence v léčbě
- Mutace propeptidu F IX (1-2 % populace) má za následek zvýšenou citlivost, při poklesu F IX → krvácení i při terapeutické hladině INR
- Nelze odhalit Quickovým testem → krvácivé epizody bez prodloužení PT

Postup při předávkování

Dle hodnot INR a klinického stavu

- INR 3,0–6,0 → vyčkat nebo vynechat dávku
- INR 6,0–10,0 → vynechat dávku, při krvácení K vit. 0,5–1,0 mg
- INR nad 10,0 → vynechat, při krvácení K vit. ev. ČZP, podání koagulačního derivátu PROTROMPLEX

Případ mechanického ileu dokonaného tabletou Tralgitu SR 100 zaklíněnou v rektu postiženém karcinomem

doc. MUDr. Milan Kaška¹, Ph.D.,
MUDr. Petr Hoffmann²,
MUDr. Martin Oberreiter¹

¹Chirurgická klinika FN a Katedra chirurgie LF UK,
Hradec Králové

²Radiologická klinika FN, Hradec Králové

Úvod

- Nejčastější příčiny mechanického ileu: nádory tlustého střeva a pooperační adheze v oblasti tenkého střeva
- Další možnou příčinou mohou být cizí tělesa
- Publikované případy od 60. let 20. stol. dokazují, že obstrukci střeva mohou vzácně způsobit tabletové formy léků
- Používané názvy: „drug bezoar“, „pseudobezoar“, „farmakobezoar“, „pill bezoars“ či konkrétně např. „nifedipin bezoar“

Literární zdroje

- Silbergleit R, Lee DC. Bowel obstruction and radiopaque vitamin B12 "pseudobezoar". Am J Emerg Med 1995; 13(1): 112-113.
- Jarry J, Sassoust G. A rare case of nifedipine bezoar. Presse Med 2008; 37(3Pt1): 428-430.
- Harrison I. Impaction of ingested undissolved tablets proximal to carcinoma of hepatic flexure. Am Surg 1973; 39(9): 532-534.
- Kwon HY, Scott RL, Mulloy JP. Small bowel Procardia XL tablet bezoar mimicking cystic pneumatosis intestinalis. Abdom Imaging 1996; 21(2): 142-144.
- Nezabitoński LM, Nguyen BN, Gums JG. Extended-release nifedipine bezoar identified one year after discontinuation. Ann Pharmacother 2000; 34(7-8): 62-64.
- Garrigues V, Ponce J, Berenguer J. Retention of sulfasalazine tablets. Dig Dis Sci 1985; 30(12): 1208.
- O'Malley JA, Ferrucci JT Jr, Goodgame JT Jr. „Medication bezoar“ intestinal obstruction by an isocal bezoar. Case report and review of the literature. Gastrointest Radiol 1981; 6(2): 141-144.
- Glassbrenner B, Schweitzer A, Ludolph T. A rare cause of sigmoid obstruction in a 77-year-old patient. Endoscopy 2003; 35: 886.
- Storr M. An unusual cause of azathioprine inefficacy. Endoscopy 2006; 38: E 61.

Kazuistika

- **Nemocný:** 64 let, výška 186 cm, hmotnost 74 kg, BMI 21,4
- **Hospitalizace:** mechanický ileus v oblasti proximálního rekta
- **Komorbidita:** stav po osteosyntéze krčku femuru (30 dnů)
- **Chirurgická anamnéza:** žádná operace v perit. prostoru
- **Cave:** nekouří 5 let (40 let kouřil 30–40 cigaret denně)
- **Pooperačně:** Tralgit SR 100 2-3 tbl. denně p. o., Warfarin Orion 5 mg denně p. o., Helicid tbl. 20 mg 2x denně p.o.
- **Komplikace:** intermitentně zácpa (terapie: lactulóza, glyc. čípek)

Diagnostika I

Obr. 1
Nativní rentgenový snímek břicha vestoje



Obr. 2
Rekonstrukce zobrazení CT - sagitální řez v oblasti rekta se zakliněnou tabletou



Diagnostika II

Obr. 3
Stav některých úseků zažívacího traktu v zobrazení CT



Tab. 1
Distribuce tablet Traigitu SR 100 v tlustém střevě a stav jeho úseků v den akutní operace.

Lokalizace tablet	Stav orgánu	Počet tablet
žaludek	nedilatovaný	0
duodenum	nedilatované	0
jejunum	nedilatované (distančně do 20 mm)	kontrastní látka
ileum	dilatované (do 35 mm)	2 - 3
cékum	dilatované (do 80 mm)	asi 35
ascendens	dilatované (do 90 mm)	4
transversum	dilatované (do 70 mm)	3
descendens	dilatované (do 70 mm)	0
sigmoideum	dilatované (do 70 mm)	2
rektum	stenotické (4-5 mm)	1

Chirurgické řešení

- *Operace*
 - a/ resekce tumoru s Hartmannovou operací
 - b/ pahýl rekta uzavřen manuálně ve dvou vrstvách
 - c/ reparace stěny distenzí deserozovaného céka
 - d/ sigmoideostomie v levém mezogastriu (otevřená, sáček)
- *Pooperačně:* analgetika, nízkomolekulární heparin, kombinovaná strava, symptomatická terapie
- *Komplikace:* op. rána (hojení kůže a podkoží p.s. v rozsahu asi 3 cm) a nesnadné převedení na warfarin

Závěr

- Nutno počítat s tabletovou formou léku (zvláště u léků s pomalým uvolňováním léčiva - SR) jako s potenciálním cizím tělesem v zažívacím traktu
- U pacientů s takovým stavem věnovat pozornost i farmakokinetice léků, které užívá

Kompartment syndrom

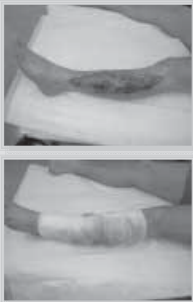
Erika Pekařová

Chirurgické oddělení,
Nemocnice Havlíčkův Brod

ÚVOD

Kompartment syndrom je stav, kdy intersticiální tlak uvnitř svalového kompartmentu převyší tlak v kapilárách. Většinou je to způsobeno otokem tkání v kompartmentu po kostní nebo cévní operaci nebo po úrazu, kdy dojde k velkému zhmoždění měkkých tkání. Stlačí se cévy a nervy, protože oteklý sval se nemá kam rozpínat, jelikož je držen fascií v uzavřeném prostoru. Výsledné nedokrvění svalu vede k poruše nervosvalové funkce, která se projevuje prudkou bolestí a svalovou slabostí. Stav je nutné rychle rozpoznat a léčit, jinak dochází k nekrotizaci tkání, někdy až s nutností amputace končetiny. Může dojít i k rozvoji systémových komplikací, šoku a smrti.

Kompartment syndrom vzniká nejčastěji v oblasti bérce. Léčba spočívá v provedení fasciotomie. Provádí se buď uzavřená, kdy se pouze z bodové incize protne fascie pod kůží. Pokud to nestačí, provede se otevřená fasciotomie, což je protnutí celé kůže. Tím se vytvoří prostor pro oteklý sval a zruší se stlačení. Vzniklý defekt po otevřené fasciotomii byl kryt Mepitelem a vlhkým obvazem.



Chirurgie D

Stryker Pressure monitor system



Chirurgie D

Tímto přístrojem lze poměrně rychle a snadno změřit tkáňový tlak. Jeho hodnota je v normě, pokud se pohybuje do 20 mm Hg. Jestliže je hodnota mezi 20 a 30 mm Hg, je to již alarmující. Když tlak přesáhne 30 mm Hg, je to indikace k fasciotomii.

Toto je již komplikace kompartment syndromu, kdy bohužel došlo k nekróze svalu. Byla provedena nekrektomie za pomoci elektrického dermatomu.



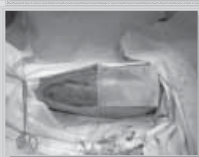
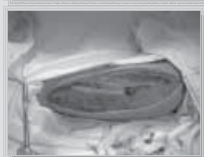
Chirurgie D



Zde je provedena výměna Comu – „umělé kůže“ a vystříhání nekróz. Výměna by se měla provádět po 48 hodinách.



Chirurgie D



Protože je kožní defekt po fasciotomii veliký a nelze k sobě okraje kůže přiblížit a sešít, musela být provedena plastika síťováním, volně přeneseným kožním štěpem, odebraným ze stehna.



Chirurgie D



Hojící se plastika.

Chirurgie D



Léčba komplikací kompartment syndromu je pro pacienta velice nepříjemná, zdouhavá a nákladná. Nekonečí vždy uspokojivým výsledkem. Proto je nutné pacienty, kterým hrozí vznik kompartment syndromu, pečlivě sledovat, monitorovat a hlavně nepodceňovat subjektivní stesky pacienta a všechny možné objektivní příznaky. Reagovat a hlásit lékaři obrovskou, poranění nepřiměřenou bolest, téměř nereagující na žádná analgetika, neustupující nebo zvětšující se otok, změnu až ztrátu citlivosti příslušné oblasti, omezení hybnosti. Nemusí jít vždy jen o pacienta po kostní operaci, kdy se tato komplikace očekává a již při podezření na ni se provede preventivní fasciotomie na operačním sále, ale může jít například o pacienta s původně banálním poraněním svalu, kdy takovou komplikaci nikdo nečeká. Pokud sestra ví, že by k něčemu takovému mohlo dojít, může včas upozornit lékaře na nepřiměřenou bolest a další příznaky, a ten už pak situaci zhodnotí, popřípadě změní intrafasciální tlak, a pokud je to nutné, provede fasciotomii.

Chirurgie D

Neobvyklý případ krvácení ze zažívacího traktu

MUDr. Igor Tozzi, MUDr. Tomáš Malý, Ph.D.,
doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.
MUDr. Jiří Kysučan, MUDr. Ivo Klementa,
MUDr. Michal Konečný, Ph.D.,
doc. MUDr. Martin Köcher, Ph.D.

II. interní klinika FN UP Olomouc

I. chirurgická klinika FN UP Olomouc

Radiologická klinika FN UP Olomouc

Klinika anesteziologie a resuscitace FN UP Olomouc

- 31. 1. 2010 v 15.27 hod. byla na II. interní kliniku FNOL přijata pacientka pro šest dní udávanou černou stolicí a bolestí v nadbřišku
- Arteriální hypertenze, diabetes mellitus II. typu na PAD, cholecystektomie, stp. flebotrombóze PDK, eufunkční nodózní struma, pro bolesti zad si často brávala Brufen, Ibalgin
- Pacientka anemická, TK 120/75, SF 83 reg./min., saturace O₂ 97%, fyzikální nález v normě, per rectum meléna, glykemie 12,80 mmol/l, jinak biochemické testy byly v normě, KO Hb 93, hematokrit 0,280
- Akutní gastroskopie ve 20.00 hodin s nálezem axiální hiátové hernie, duodenogastrického reflexu, bez jakýchkoliv známek krvácení v horní části zažívací trubice po pars descendens duodeni
- Pacientka byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče II. interní kliniky FNOL
- Podání krevních převodů se komplikuje detekcí nepravidelných tepelných antierytrocytárních aloprotilátek anti-S v plazmě
- Následně provedená ultrasonografie břicha rovněž neukázala žádnou patologii v dutině břišní

- 5. 2. 2010 v 11.08 hod. kolonoskopie s nálezem obrazu tmavě červené krve v terminálním ileu ve vzdálenosti 20 cm od bauhinské chlopně, jinak nález byl makroskopicky na tračníku negativní
- 9. 2. 2010 ve 14.51 hod. jednobalónová videoenteroskopie provedena aborální cestou přes tračník s nálezem hyperémie sliznice od vzdálenosti 150 cm od bauhinské chlopně, bez další makroskopicky detekovatelné patologie
- Histologická analýza odebraných biopsických vzorků v terminálním ileu ukázala pouze fokálně mírnou akcentaci chronického zánětu v lamina propria
- 10. 2. 2010 propuštěna se základní výstupní diagnózou susp. enteropatie z nesteroidních antirevmatik
- 15. 2. 2010 ambulantní kontrola, KO Hb 106, hmt 0,330, per rectum hnědá stolice
- 22. 2. 2010 pacientka přichází neplánovaně na ambulanci II. interní kliniky FN Olomouci, udává přetrvávající výraznou slabost, závratě, barvu stolice udává tmavě hnědou až černou, krev ve stolici nepozorovala, břicho ji nebolelo, zvracení, nauzeu negovala, TK 110/80, SF 110/min. (i při medikaci Lokrenu 20 mg 1-0-0), fyzikální nález na břiše negativní, per rectum pouze tmavě hnědá stolice

- Pacientka byla doporučena ambulantním lékařem k observaci na standardní oddělení
- Dle vstupního krevního obrazu jsou hodnoty Hg 93g/l, hmt 0,280
- Gastroskopie s nálezem axiální hiátové hernie, duodenogastričního reflexu, bez známek krvácení
- Dle CT enteroklýzy je nález na kličkách tenkého střeva přiměřený
- Dne 2. 3. 2010 provedeno vyšetření značenými erytrocyty s výsledkem susp. lehké hyperémie oblasti jejunum a ilea s naznačenou koncentrací značených erytrocytů ve vzestupném tračníku, což by mohlo být důsledkem difúzního procesu postihujícího některou z částí tenkého střeva nebo jde o stav, kdy intenzita krvácení z lokálního zdroje v tenkém střevě nepřekračuje cca 1,5 ml/min.
- Po stabilizaci stavu pacientka 3. 3. 2010 propuštěna domů

- 6. 3. 2010 pacientka přijata k hospitalizaci opět pro recidivující enteroragie, vstupně zjištěn Hb 62, hmt 0,200, TK 100/60, SF 120 reg./min.
- Po stabilizaci stavu tentýž den provedeno CTAg břicha s překvapivým nálezem stenotické horní mezenterické žíly s vytvořením rozšířených žilních varixů v oblasti mezenteria a v oblasti stěny kličky tenkého střeva v levém mezogastriu přibližně ve středním a distálním úseku jejunum, kde zřejmě dochází ke krvácení z varixů do střeva
- 10. 3. 2010 byla provedena selektivní AG AMS včetně nepřímé portografie s nálezem patrného uzávěru či těsné stenózy hlavního kmene VMS s masivními žilními strukturami levé poloviny mezenteria a varixy ve stěně jejunum, intervenční radiolog doporučuje zvážit možnost endovaskulární léčby
- 15. 3. 2010 algoritmus vyšetřovacích metod doplněn o vyšetření PET/CT s překvapivým nálezem asymptomatické embolizace do obou pulmonálních arterií, stenózou horní mezenterické žíly, četnými kolaterálami v oblasti mezenteria a ve stěně kliček tenkého střeva v oblasti levého mezogastria
- Stav pacientky konzultován s vedením I. chirurgické kliniky FN Olomouc, které potvrzuje naši indikaci s navrhovaným chirurgickým řešením

- Před definitivním rozhodnutím operačního řešení chirurgové žádají konzultaci stran možnosti zavedení cava filtru vzhledem k prokázané bilaterální plicní embolii
- 16. 3. 2010 je pro recidivující enteroragie v šokovém stavu pacientka přeložena z JIP II. interní kliniky FN Olomouc na kliniku anesteziologie a resuscitace FN Olomouc
- 16. 3. 2010 byla předoperačně doplněna barevná duplexní sonografie stehenních žil s negativním nálezem ohledně žilní trombózy, následně byla doplněna echokardiografie s nálezem poruchy relaxace a možnou přítomností hemodynamicky nevýznamné plicní hypertenze
- 16. 3. 2010 provedeno zavedení cestou vena jugularis interna I.dx. dočasného intrakaválního filtru, typ Greenfield ve výši L4
- Pacientka byla poučena o maximální závažnosti stavu a vysokém riziku operačního řešení, které je v danou chvíli nezbytně nutné i s tím možným důsledkem, že může být pacientka bezprostředně ohrožena na životě i přes veškerou maximální snahu všech zúčastněných stran. Pacientka s následným řešením bez výhrad souhlasí, podepisuje informovaný souhlas

- Definitivní závěr mezioborového konzilia je takový, že stav je nadále konzervativně neřešitelný, endovaskulární intervence není možná, operační výkon je doslova indikován z vitální indikace
- 17. 3. 2010 v 8.30 hod. zahájen operační výkon s trváním do 13.05 hod., doba trvání operace 04.35 hod.
- Během operace postupně nalézáme na dvou místech orálního jejunum asi 30 cm od lig. Treitz první ložisko varikozit mezenteria jejunum a samotného jejunum v rozsahu cca 10 cm a pak po dalších asi 20 cm asi 10 cm úsek identického postižení
- Žilní varikozity jsou širší do 8-10 mm v průměru, za sterilních kauteľ v ATB krytu provádíme tabákový stěh na přechodu jejunum a ilea, nejdříve orálně zaveden enteroskop, střevo utěsněno dočasně turniketem, prohlédnuto od DJ přechodu. Makroskopicky je patrná překrvená krvácející sliznice s krví v lumenu střeva, nicméně varikozity intraluminálně nejsou viditelné. Tento jev si vysvětlujeme tím, že při insufiaci lumenu střeva dochází ke kompresi žil, aborálně je střevo bez patologického nálezu
- Následně se rozhodujeme k resekci postiženého jejunum v rozsahu 60 cm se založením mezenterikokavální anastomózy end-to-side, neboť i v oblasti duodenojejunálního přechodu jsou žíly širší jako následek segmentární portální hypertenze, kde máme opodstatněnou obavu, že kdybychom neprovedli spojkovou operaci dekomprimující portální řečiště, může se krvácení kdykoliv obnovit z orální části jejunum a duodena. Pacientka se po operaci cítí dobře bez známek recidivy krvácení

Vzduchová embolie komplikující centrální žilní katetr

MUDr. Alžběta Kodýtková

Chirurgická klinika FN Brno Bohunice
a LF MU Brno

- Žena, 55 let
- Primoataka akutní divertikulitidy
- OA: HT, st. p. CHCE, APPE, HYE
- 3. den hospitalizace zaveden CVK cestou v. subclavia l. dx.
- 7. den plánovaná dimise
- extrakce CVK

- Pacientka udává nevolnost, pocit fučení vzduchu, poruchy vidění
(„Sestřičko, mně tady něco fouká a přestávám vás vidět.“)
- Bezvědomí, tonické křeče, pěna u úst, TK 140/90, P 100/min., SpO2 90 %
- Apaurin 10 mg i. m., celkem 2x, bez efektu
- Neurologické konzilium
- extenční paréza DKK s irit. py jevy, flekční paréza HKK. Cévní podklad a. basillaris???

CT mozku

Parasellárně oboustranně drobné bublinky vzduchu, malé, nachází se zřejmě v kavernózním splavu. Další drobná bublinka vzduchu v oblasti confluens sinuum

CT-AG extra- a intrakraniálního řečiště

Zvyklé arteriální zásobení, nejsou známky uzávěrů, bez prokazatelných spazmů. Bublinky vzduchu jsou mimo tepenné řečiště

- Pro závažnou poruchu vědomí, hraniční spontánní ventilaci překlad na KARIM
- Sedace, intubace, UPV, invazivní zajištění cestou v.subclavia l.sin.
- Transthorakální echokardiografie
Mezisiňové i komorové septum bez jasného defektu, nelze však bez jícnového echo vyšetření definitivně zhodnotit

- 8. den - stabilizace oběhu a ventilace, zahájen weaning
- trvá porucha vědomí 24 hod. od vysazení sedace

Kontrolní CT mozku

Vymizení drobných bublinek, mozkový edém

- Antiedematózní terapie, zlepšování stavu vědomí
- 10. den – extubace
- Pravostranná hemiparéza, intermitentní dezorientace

- 14. den – překlad na JIP CHK
- Pacientka při vědomí, intermitentně zmatená, paréza PHK se upravuje
- 15. den – překlad na standardní odd.
- Pacientka plně orientovaná, neurologicky bez lateralizace, subj. pocit těžší PHK
- 17. den – dimise (extrakce CVK bez obtíží)
- Ambulantní kontrola – týden po propuštění – subj. se cítí unavená, jinak stav dobrý

VE asociovaná s CVK

- Při zavádění, manipulaci a extrakci CVK
- Častěji u CVK zavedených v žilách krku (blíží kožnímu povrchu)
- Raritní, ale potenciálně fatální komplikace
- Frekvence výskytu 1/47–1/3000
- Mortalita až 30%

B. Natal, et al. Venous Air Embolism, Emergency Medicine

Závěr

- Při náhle vzniklých neurologických či kardiálních symptomech po manipulaci s CVK je nutno pomýšlet na vzduchovou embolii
- Nejdůležitější je **prevence VE**
(Trendelenburgova poloha, klidné dýchání, extrakce přes sterilní tampon, komprese)
- I přes děsivé symptomy může dojít k úplné úpravě patologického stavu

Sexualita a mateřství u stomiků

Bc. Monika Antonová

Chirurgická klinika – stomaporadna FN Brno

Opomíjeným tématem v péči o stomické pacienty jsou sexuální aktivity, psychické aspekty dané situace a možnost rodičovství. Úvod sdělení se zaměřuje na problematiku intimního života nositelů stomie a zkušenosti s řešením problémových situací v rámci stomaporadny FN Brno. Druhá část obsahuje kazuistiku pacientky s trvalou ileostomií a jejími zkušenostmi s graviditou a mateřstvím.

Pozn. redakce: Plná prezentace není zveřejněna z důvodu jejího převážně fotografického pojetí.

Akutní emfyzematózní pyelonefritida

MUDr. Andrea Onderková,

MUDr. Roman Staněk,

MUDr. Tomáš Kokoř,

MUDr. Michal Quis

Urologické oddělení, Slezská nemocnice Opava

■ Definice:

- Nekrotizující infekce renálního parenchymu a perirenální tkáně, způsobená bakteriemi tvořícími plyn

■ Výskyt:

- Ve světové literatuře je zaznamenáno kolem 200 případů
- První případ byl popsán v roce 1898
- Diabetik – žena – 55 let - levá ledvina

Shigemura et al.
Huang and Tseng

■ Etiol. agens:

- E. coli, Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa, Aerobacter aerogenes, anarobní infekce nejsou typické

■ Patogeneze:

- 4 faktory
 - bakterie tvořící plyn
 - vysoká tkáňová koncentrace glukózy
 - snížená tkáňová perfuze
 - poškozená imunita

■ Klinika:

- Fulminantně probíhající pyelonefritida
 - Vysoká teplota, bolest břicha/boku, nauzea a zvracení, hematurie, elevace renálních parametrů, trombocytopenie, šok

MUDr. Peter Dančík, MUDr. Vladimír Kolář, MUDr. Jan Kraus
Stroffels et al.
Flores et al.

■ Diagnostika:

- Klinický obraz
- Laboratorní vyšetření krve, moče
- Zobrazovací metody
 - UZ – plyn v retroperitoneu
 - CT
 - Typ I – destrukce renálního parenchymu, nahromadění plynu, bez kolekce tekutiny (mortalita 69%)
 - Typ II – renální/perirenální kolekce tekutiny s bublinami plynu nebo přítomností plynu v dutém systému ledviny (mortalita 18%)

■ Terapie:

- ATB
- Chirurgická
 - drenáž
 - nefrektomie

Falagas, et al. – meta-analýza rizikových faktorů mortality (175 pacientů)

- trombocytopenie, akutní renální selhání, hematurie, poruchy vědomí, šok
- samotná konzervativní terapie je rizikovým faktorem nepříznivého konce
- zpožděná nefrektomie může snížit šanci na přežití

Falagas et al.
Huang and Tseng
Wan et al.

Kazuistika

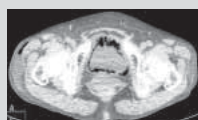
- 57letá pacientka s diabetem na IT
- **Klinika:**
 - několik dní trvající bolest pravé poloviny břicha s propagací do zad, nauzea, makroskopická hematurie
 - při příjmu: glykémie 32,7 mmol/l, urea 33,5 mmol/l, kreatinin 203,4 μmol/l, CRP 345,89 mg/l, hemoglobin 98 g/l, leukocytóza 5,2/μl, trombocytopenie 15/ul

■ UZ

- pravá ledvina nečitelná pro obsah plynu v pravém retroperitoneu

■ Nativní CT

- prokazuje masivní přítomnost plynu v pravém retroperitoneu s destrukcí ledvinového parenchymu, šířícího se až do podkoží a svalové vrstvy pravé bederní krajiny i hýždí



Terapie

- **ATB:** Meronem 500 mg i. v. 3x/d, Metronidazol 500mg i. v. 4x/d, Amikin 1g i. v. 1x/d
- **Předoperační příprava:** úprava glykémie, analgetika, ČMP, trombonáplavy, EM, imunoglobuliny – další příprava na ARO oddělení
- **Chirurgická:**
 - pravostranná nefrektomie s vydrénováním pravého retroperitonea
 - incize nad pravou kyčlí

Pooperační péče

- ARO oddělení – terapie seps
- C-JIP – kontrolní CT – regrese kolekce v retroperitoneu (punkce pod sono kontrolou – serózní tekutina)
- Urologické oddělení – doléčení (p.o. ATB), převazy ran nad pravou kyčlí, op. rána po lumbotomii se hojí p. p. i.
- **Výsledky:**
 - Kultivačně - E. coli
 - Histologicky - téměř kompletní nekróza ledvinového parenchymu
 - Úprava diabetu, KO, renálních a zánětlivých parametrů
 - Klinicky asymptomatická – předána do ambulantní péče

Závěr

- Vzácné, ale závažné a život ohrožující onemocnění
- V našem sdělení chceme poukázat na nutnost včasné diagnostiky a především včasné a odpovídající terapie, k záchraně života

Ruptura aneuryzmatu jako dif. dg. močové retence

MUDr. Lukáš Bittner¹, MUDr. Libor Vlček²

¹Urologická klinika 3. LF UK a FN KV, Praha

²Chirurgická klinika 3. LF UK a FN KV, Praha

- Na ambulanci urologie FN KV přivezen ZS pacient s pracovní diagnózou „retence moči“.
- Pacient
 - Muž, 78 let
 - Udává asi hodinu trvající bolesti v podbřišku bez iradiace
 - Nucení na močení bez schopnosti mikce
 - Celkovou slabost
 - Anamnesticky stav po TURP 2009, před tímto zákrokem 2 x močová retence

Objektivně

- TK v sanitě 120/80 P 90'
- Pacient plně při vědomí
- Slabý, bledý, opocení
- Bolestivá rezistence v podbřišku, jinak břicho bez nálezu
- DRE: bez pozoruhodností

BĚŽNÝ PŘÍPAD RETENCE?

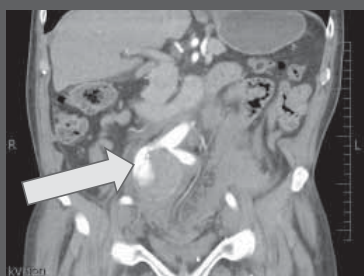
- Volně zaveden PMK, vypuštěno 200 ml žluté moči
- PACIENT BEZ ÚLEVY
- Provedeno USG, kde v MP kolekce nehomogenní tekutiny, při plnění PMK měchýř nekomunikuje s tímto depem



- Přeměřen TK 70/40 P 120'
- Indikovány statimové odběry + CT
- Zajištěna periferní žíla, podány koloidy



Útvar v malé pánvi- hematom



Arteriální fáze prokazuje rupturu objemného vakovitého aneuryzmatu a. iliaca com. I.dx

Další postup

- Pacient přijat na chirurgický JIP FN KV
- Cévním chirurgem provedena akutní revize s resekcí aneuryzmatu a náhradou a. iliaca protézou
- Pacient pro hemoragický šok přeložen na KAR FN KV
- Za 14 dní v dobrém stavu propuštěn domů

Závěr

- Včasnost určení správné dg. byla rozhodujícím faktorem pro úspěch léčby
- Pacient byl operován do 2 hodin od předání ZS

Není jednoduchých diagnóz 😞

Kdy je třeba zapojit službu konajícího urologa do sexuálních či autoerotických aktivit

MUDr. Zdeněk Mucha,
MUDr. Pavel Rajmon, MUDr. Pavla Hluší
Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Akutní stav v urologii –

často řešen službu konajícím urologem v nočních hodinách

- „Banální“ - akutní cystitida, retence močová, renální kolika, balanitida, parařimóza....
- Závažný - akutní zánět ledvin, febrilní blokáda močových cest, makroskopická hematurie, tamponáda močového měchýře...
 - traumatický děj

Traumata v urologii



- Nezávažná (drobné ranky či popáleniny, které urolog řeší pouze proto, že jsou na „urologické“ části těla)
- Závažná až život ohrožující (motorkáři, autonehody, pracovní úrazy, nešťastné náhody, napadení lidmi či zvířaty...)
- Běžná
- Kuriózní

Kuriózní traumata v urologii



- Nejsou tak častá
- Jsou kořením ranních referencí službu konajících urologů
- Etiologicky patří tato úsměvy budící traumata k nejrůznějším lidským činnostem - včetně sexuálně motivovaných aktivit (dále SMA)

Nejvíce komplikací SMA řeší urolog

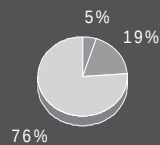
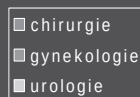
■ Urologie

■ Gynekologie

– TRAUMATA VAGINÁLNÍ A KLITORIDÁLNÍ

– Chirurgie

▪ traumata anu a rekta



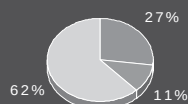
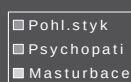
Urologické komplikace SMA vznikají nejčastěji při

■ Masturbaci

■ Interaktivním sexu

– dohromady 89%

■ Psychopatickým chováním



Projevy urologických komplikací SMA

■ Zjevné a „běžné“

- močový nálezk
- bolesti na hrázi
- otok
- uretroragie
- hematurie
- cystitida
- prostatitida
- periuretrální flegmóna
- gangrena penisu

■ Skryté

- intermitentní pyurie, bolest, krvácení, subfebrilie

„Zapomenuté předměty“

■ Žárovka v prostatické uretře po 8 let

■ zavírací špendlík v měchýři po 15 let

Poměrně obvyklou komplikací SMA je uvážnutí cizího tělesa v uretře či močovém měchýři

/ VS = Z vlastního souboru /

■ Fantazie při endo-uretrální manipulaci nezná hranic

- Špagety (nevařené)
- Pinzety, spony,
- Rýsovačky a řetízky
- Kamínky
- Šrouby a jehlice
- Části rostlín
- Ptáčí peří
- Had
- Gumičky



VS

Zavařovací gumička - jediný recidivista našeho souboru

Následuje prezentace několika vpravdě neobvyklých případů



- Z vlastního archivu autorů
- S fotodokumentací
- Odraz historie i doby současné na prezentovaném tématu
- Banality či kauzy úsměvné
- Smrtelná komplikace SMA

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Karcinomy s PSA < 4 ng/ml

V definitivním vyšetření prostaty po radikální retropubické prostatektomii

- 25 (75,8 %) lokalizovaných (pT2a–pT2cpN0)
- 6 (24,2 %) pokročilých, pT3a (3 pacienti) a pT3b (3 pacienti).
- ... 3 (9,7 %) metastatické postižení uzlin (2 pT3b a 1 pT3a).
- ... 2 (6,5 %) došlo v časném pooperačním období k metastatickému postižení axiálního skeletu (M1b).
- 10 (32,2 %) GS 6
- 16 (50 %) GS 7 (v 11 případech GS 3+4 a v 5 případech GS 4+3)
- 5 (27,8 %) GS 4+5.

Kazuistika 2

- muž, 58 let
- vstupně PSA 20,8; palpačně T2a, biopsicky zjištěn adenokarcinom prostaty GS 3+4, PET negativní
- 2010 DaVinci Robotická radikální prostatektomie, pT3a pN0, histol. Gleason 3+3=6. Okraje negativní.
- kontrolní PSA negativní, mikční proud norm., kontinence dobrá, lehký únik při sportu, erekce zachovalá

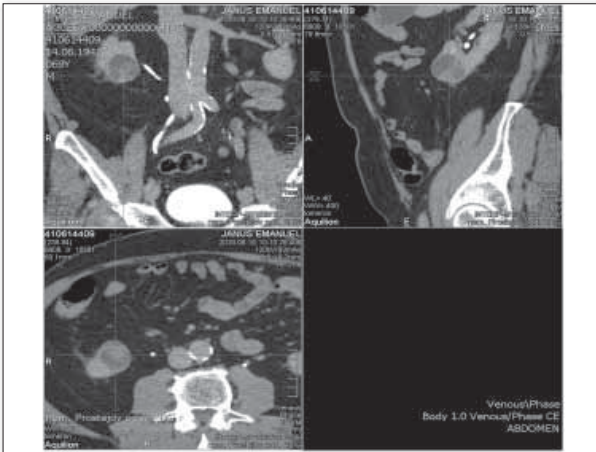
Robotická resekcce tumoru ledviny

MUDr. Igor Hartmann,
doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.,
MUDr. Michal Grepl, Ph.D.,
MUDr. Aleš Vidlář, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Kazuistika:

- Muž: 56 let, dosavadní urologická anamnéza negativní
- 17. 9. 2010 byl sražen automobilem z mopedu, na místě bezvědomí, amnézie na úraz
- CT hrudníku břicha a pánve s podáním KI. I. v.
 - na zobrazených skenech obě pl. křídla rozvinutá, nejsou známky výraznějšího fluidotoraxu, menší nepravidelné opacit v pl. parenchymu vlevo, známky kontuze plicní, fraktura 5 žebra vlevo v laterálním průběhu bez dislokace. Hiátová hernie žaludku jako vedlejší nález
 - v oblasti břicha nejsou známky volné tekutiny
 - na parenchym org. posttraumt. komplikace nejsou patrné
 - v oblasti levé ledviny cysta v horním pólu, v oblasti pravé ledviny ložisko extrarenálně se vyklenující z dolního pólu velikosti 4,2 cm s nepravidelným nehomogenním nasycením
 - ZÁVĚR: tumor pravé ledviny
- OA: sledované choroby nejuje, operace: AC luxace I.sin
- RA: otec + ve 47 letech - nádor mozku, matka žije - 2x po operaci srdce
- FA: Salazopyrin 1x1 tbl
- PA: udržbář
- SA: rozvedený, bezdětný
- ABÚZUS: alkohol příležitostně, kouří občas doutníky
- AA: alergie neudává

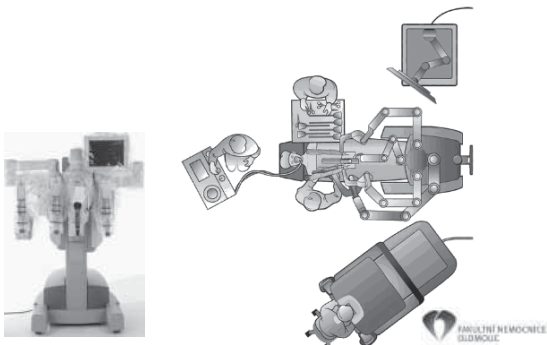


Kazuistika:

- Doporučená terapie ve spádové nemocnici
– radikální nefrektomie vpravo
- Na doporučení vyhledal urologickou
ambulanci FN Olomouc
– navržena roboticky asistovaná resekce
ledviny



Robotický operační sál:





Kazuistika:

- Provedena roboticky asistovaná resekce ledviny
- Doba výkonu 58 minut, krevní ztráty 280 ml, doba hospitalizace 4 dny
- Histologicky
 - karcinom z renálních buněk GII
 - spodina po resekci negativní



Závěr:

- Robotická chirurgie
 - Výhody
 - zvětšený 3D obraz
 - omezení třesu rukou
 - flexibilita nástrojů
 - Nevýhody
 - absence taktilního vjemu
 - vyšší cena
- Vedle laparoskopie další miniinvazivní metoda řešení tumorů ledvin.



Histoscaning – nová možnost detekce karcinomu prostaty u nemocných po opakovaných biopsiích s negativním nálezem

MUDr. Šárka Kudláčková,
doc. MUDr. František Zátura, CSc.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

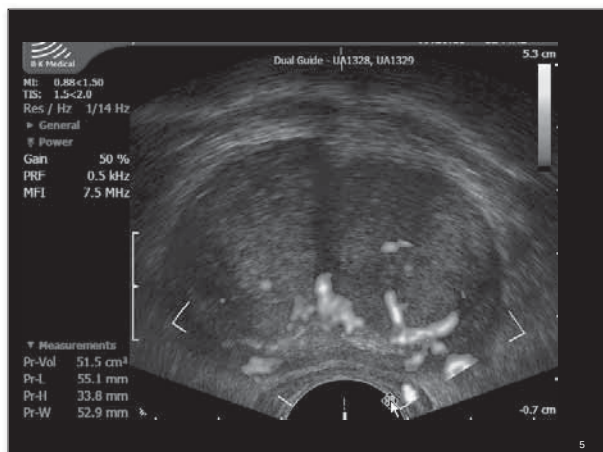
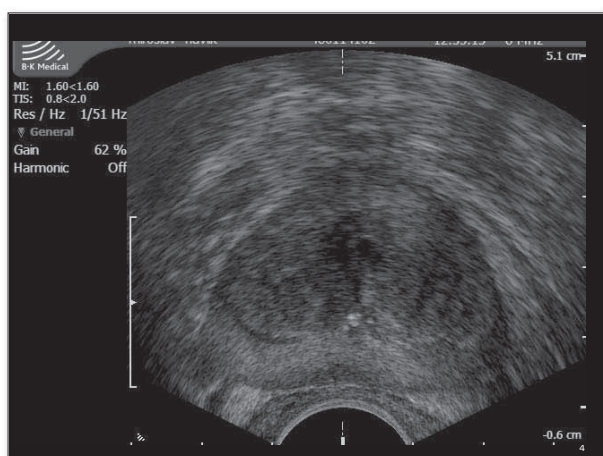
Úvod

- Punkce prostaty bez sonografické kontroly je obsolentní metoda s nízkou efektivitou
- Senzitivita a specificita USG obrazu pro adenokarcinom prostaty je nedostatečná (43-86%)
 - Řešení: multiplikovaná biopsie prostaty
- Senzitivita a specificita rozlišení lokalizovaného a pokročilého nádoru je 53-88%)

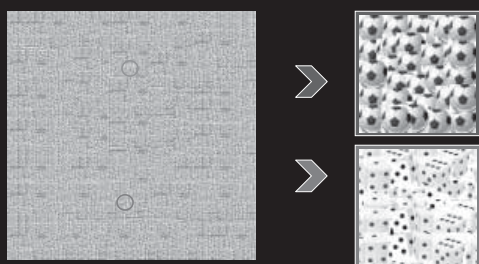
Možnosti zlepšení výpovědní hodnoty TRUS

- Vyšší rozlišení
- Prokrvení (hot spots)
- Harmonické zobrazení
- Kontrastní harmonické zobrazení
- Elastografie
- Histoscanning

3



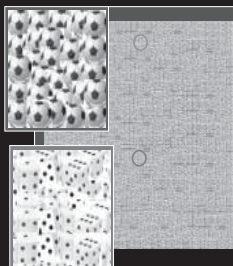
Detekce buněčných struktur



6

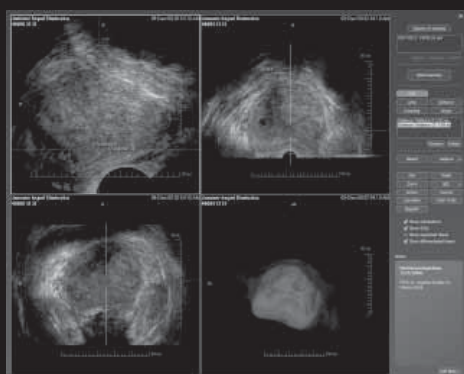
Detekce kostek v hromadě míčků

Matematická signální analýza může být přesnější než vizualizace:



- Vizualizace je limitována a není schopna plně zobrazit změřené informace:
- odrazy od míčků jsou jiné než odrazy od kostek
- velikost a distribuce černých teček jsou rozdílné
- matematická analýza umožňuje přidat informaci k obrazu

7



8

Histoscanning u pacientů po neúspěšné biopsii

Multicentrická studie Olomouc, VFN, Bulovka, Kramáře, Palhřimov,

Počet biopsických sad	2 (1 negativní)		3 (2 negativní)		4 (3 negativní)	
	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano
Nejméně jeden odběr pozitivní						
Objem léze dle histoscanningu						
méně než 0,20 cm ³	3	0	13	0	7	0
0,20 - 0,49	1	1	4	5	1	1
0,50 - 0,99	0	5	1	0	1	1
1,00 -	0	2	1	3	0	0
Celkem	4	8	19	8	9	2
Dodatečně zjištěno	8		8		2	

Závěr:

Histoscanning umožnil průkaz adenokarcinomu prostaty i u těch našich nemocných, kteří měli předchozí punkce negativní.

Torze varlete – zkušenosti klinického pracoviště

MUDr. Milan Král, Ph.D., MUDr. Pavla Hluší

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Torze varlete - definice



- náhlé omezení krevního toku do varlete z důvodu otočení varlete kolem osy (360-720°)
- důsledek – venózní okluze, hemoragická infarzace, postupně i komprese arterií a nekróza testikulární tkáně
- ireverzibilní změny již po 1-2 hodinách trvání
- **NUTNO ŘEŠIT DO 4 - 6 HODIN OD VZNIKU – OPERAČNÍ DETORZE POSTIŽENÉHO VARLETE A FIXACE DRUHOSTRANNÉHO**
- - torze intravaginální – stahem m. cremaster, nejčastější
- - torze extravaginální – 5-12%, v perinatálním období
- - torze appendixu nad/varlete
- - torze varlete bez torze nadvarlete

Anamnéza, klinický obraz a paraklinická vyšetření při suspektní torzi varlete



- Věk 12-20 let
- Anamnéza: náhlý vznik, bolestivost postižené strany skrotá, iradiace do podbřišku, ev. zvracení, imitace NPB
- Klinický obraz: zvětšení, otok hemiskrotá, palpační bolestivost, varle povytažené výše, příčně uložené, pozitivní Prehnovo znamení
- Labor.: negativní močový sediment, leukocytóza opožděně
- Paraklinická vyšetření: **USG** – bez průkazu prokrvení varlete (arteriální fáze) při doplerometrickém vyšetření

Diferenciální diagnostika



- Dif. dg.: - torze appendixu varlete/nadvarlete
 - epididymitis ac., orchitida parainfekční
 - apendicitida
 - tumor varlete
 - inkarcerace skrotální hernie
 - ruptura varlete
 - hydrokela, varikokela
 - vzácně – akutní idiopatický edém skrotá, fokální tuková nekróza, Henoch–Schönleinova purpura
- Riziko: nerozpoznání torze, záměna za jinou dg., neodeslání k odbornému vyšetření včas

Soubor

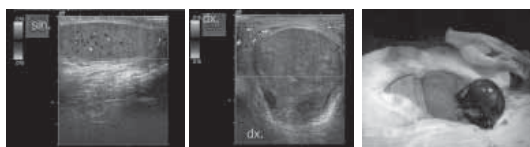


- Období 2005 – 2010
- Celkem 24 pacientů
- Věkové rozmezí – 1 den !!! – 34 let !!! (průměr 12 let)
- Operační revize – 24 pacientů
- peroper. dg.:
 - torze varlete 17x (8x detorze, 9x orchiektomie)
 - torze apendixu varlete/nadvarlete 4 x
 - ostatní dg.: skrotální hernie 1x, epididymitida 2x

Kazuistika # 1



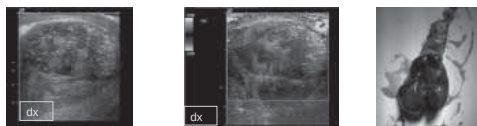
- Chlapec 15 let, OA – s ničím se neléčí, FA sine
- Anamnéza: 3 dny bolesti pravého varlete, po 2 dnech přijetí na dětské odd., nasazena ATB pro susp. dg. epididymitidy
- Urologické vyš. – klinicky susp. torze pr. varlete, na USG neprokázáno prokrvení pr. varlete
- Indikace akutní revize ze skrotálního přístupu, orchiektomie vpravo, fixace varlete vlevo



Kazuistika # 2



- Muž 24 let, 3-denní anamnéza bolestí pravého hemiskrotu, 1x ošetřen praktikem, 1x urologem
- Klinický obraz: tuhé, bolestivé, zvětšené pravé varle nevylučující ani tumor
- USG: nehomogenní pr. varle, bez prokrvení parenchymu, nevylučující neoplastické postižení, vlevo mikrolitiáza
- Labor.: moč negat., KO, biochemie v normě
- Onkomarkery (AFP, β HCG, LDH) negat.
- Th.: radikální orchiektomieHistol.: SEMINOM



Závěr



Pouze časné stanovení diagnózy a akutní operační revize může zachránit torkvované varle

Adrenalektomie u morfologicky normálních nadledvin

MUDr. Eva Burešová,

MUDr. Jaroslav Perníčka, Ph.D.

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Nadledviny

- Incidentalom – výskyt u 1,5-9% populace
- 70-90% afunkční x sekreční - nadprodukce:
 - kortizolu 5 - 13%
 - aldosteronu 1,5 - 3%
 - katecholaminů 1,5 - 23%
- Velikost expanze: do 3cm - adenom
 - **nad 6cm - 50% riziko karcinomu**
- Malignity – vzácně primární karcinomy
 - nejčastěji metastatické postižení

Primární hyperaldosteronizmus

- 1 - 6% všech arteriálních hypertenzí
- 2/3 unilaterální postižení
- Klinické projevy:
 - arteriální hypertenze
 - hypokalémie – svalová slabost, křeče, arytmie
 - alkalóza, normo- nebo hypernatrémie
 - polyúrie – nadprodukce natriuretického faktoru
 - vzácně edémy
- Diagnostika: laboratorní vyšetření
 - zobrazovací – CT, MRI, selektivní katetrizace

Kazuistika

Pacientka, 57 let

Anamnéza: stp. laparoskopické CHCE před 10lety

- od 40 let arteriální hypertenze dobře

korigována dvojkombinací antihypertenziv

V 12/2009 hypertenzní krize, oprese na hrudi

- provedena akutní koronarografie - normální nález

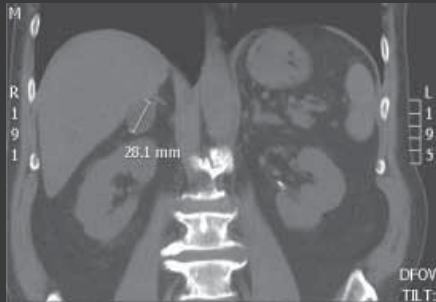
- laboratorně zvýšená hladina aldosteronu, katecholaminy v normě

- 5 antihypertenziv k udržení normotenze

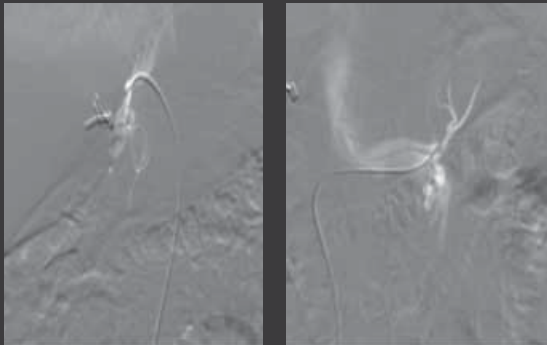
CT nadledvin s kontrastní látkou:

zvětšená pravá nadledvina, vlevo normální nález

Diagnostika 1. část CT vyšetření



Diagnostika 2. část Selektivní katetrizace



Terapie

V 5/2010 levostranná laparoskopická adrenalectomie
Histologický náález: nodulární hyperplazie

Po výkonu jen dvojkombinace antihypertenziv

Dispenzarizována endokrinologem
pro adenom pravé nadledviny

Závěr

- Expanze nadledvin jsou relativně časté
- Nejčastější prim. hyperaldosteronizmus
- Způsobuje až 6% ze všech art. hypertenzí
- Diagnostický algoritmus, mezioborová spolupráce
 - selektivní katetrizace
- Unilaterální postižení - indikace k adrenalectomii
- Po výkonu u 60% pacientů bez farmakoterapie
 - ostatní s redukovanou dávkou antihypertenziv

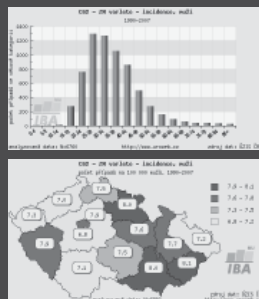
Zanedbané tumory varlete

MUDr. Pavel Kratochvíl

Urologická klinika LF UP a FN Olomouc

Zhoubné nádory varlat

- Nejčastější nádory u mužů ve věku 15-35 let
- Incidence v Olomouckém kraji 7,7/1000 obyv.
- Seminom - 3,9/1000
- Non-seminom 3,7/1000



Onemocnění varlat u OL

- | | |
|------------------|--------------------|
| ■ Akutní řešení: | ■ K objednání: |
| ■ Tumory varlete | ■ Hydrokéla |
| ■ Epididimitida | ■ Cysta nadvarlete |
| ■ Torze | ■ Hydrokéla |
| | ■ Spermatokéla |
| | ■ Varikokéla |

Diagnostika tumoru varlete

- Nebolestivá rezistence na varleti, palpačně tuhá, hrboletá
- Krátká anamnéza
- USG: sonda 12-16 MHz – nehomogenní ložiska na varleti – k revizi do 24 hod
- Tumor markery: AFP, beta HCG, LDH
- Rtg plic
- CT břicha, při pozitivních uzlinách doplnit CT plic

Kazuistika č. 1

- Muž, 22 let
- Více než 2 roky (od dubna 2008) zvětšené levé varle, nebolelo, poslední měsíce překáželo
- Vyšetřen 1. 7. 10 amb. lékařem urologem, který odebral AFP - 1,978 a beta-HCG - menší než 2 a poté jej **objednal** k USG na kliniku na 20. 8.
- Při vyšetření tumor 18 cm

Kazuistika č. 1

- 21. 7. 10 : radikální orchiektomie vlevo, tumor na řezu velikosti **11x10x10 cm**
- Histol.: seminom s invazí do cév pT2
- CT 23. 7. 10: v axilách mírně zvětšené uzlinky v kratším rozměru do 9-10 mm, v retroperitoneu 2 větší LÚ na šířku do 14 mm, v tříslech do 12 mm.
- Od 7. 9. 10 chemoterapie BEP
- Dg.: tu testis l. sin p T2 N1 M0 S0 IIA. st., histol. seminom s angioinvazí
- Kůru snesl dobře, doma jedenkrát zvracel a byl několik dní unavený; dnes je bez potíží

Kazuistika č. 2

- Anamnéza: muž 43 let
- od vánoc zvětšování levého varlete, od dubna bolesti v zádech. Asi 3 týdny narůstající dušnost, poslední týden již téměř nejedl a jen trochu pil. K lékaři šel až v neděli 17. 8. do Přerovské nemocnice, odtud 2. den přeložen na Urologickou kliniku FN OL

Kazuistika č. 2

- CT 18. 8.: embolizace v oblasti větvení a. pulm. vlevo
 - Známky rozsáhlé generalizace ca varlete - plíce, játra, uzliny
 - Hodnota AFP z 20. 8. je nad 48 000j/ml
 - Pro plicní embolizaci přeložen na JIP
 - Dg.: ca testis l. sin general. T3 N3 M1b S3 IIIC
- Na onkologii podpůrná léčba a zahájení CHT- BEP
4. den kůry od rána ale zhoršení, somnolence a ve 21.00 hodin 24. 8. úmrtí

Závěr:

- Tumory varlete vyžadují vzhledem k rychlosti růstu řešení do 24 hod od diagnostiky
- Při včasném nálezů dobrá prognóza
- Při podezření na tunmor vždy odeslat k okamžitému řešení na urologické pracoviště s možností USG vyšetření sondou s vysokým rozlišením - v Olomouci jen v nemocnicích

ZAJISTÍME **ODBORNÉ AKCE** **pro lékaře a sestry**

kongresy | konference | semináře



kompletní servis včetně publicity...

**Interní
medicína
pro praxi**

**Pediatric
pro praxi**

**Psychiatrie
pro praxi**

**Neurologie
pro praxi**

**Medicína
pro praxi**

**Urologie
pro praxi**

**Intervenční
a akutní
kardiologie**

**Klinická
farmakologie
a farmacie**

Endoskopie

Onkologie

**Praktické
lékárenství**

**Dermatologie
pro praxi**

» www.solen.cz «