

Neočekávaná příčina deliria

Jiří Holý¹, Martin Holý¹, Zdeněk Beneš², Marie Pešková¹

¹Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

²Oddělení úrazové a plastické chirurgie Nemocnice České Budějovice, a. s.

Autoři dokumentují případ 70letého muže, hypertonika a diabetika s dyslipidemií potenciálně kurativně léčeným karcinomem prostaty, který utrpěl kontuzi pravé dolní končetiny s následnou lézí sedacího nervu. Před přijetím nemocný užíval glimepirid 2 mg denně, rosuvastatin 20 mg denně, ramipril 5 mg a amlodipin 10 mg ve fixní kombinaci a escitalopram 10 mg denně. U zraněného dochází k rozvoji rabdomyolýzy s akutním selháním ledvin. Za hospitalizace se u nemocného opakovaně objevuje delirantní stav vyvolaný hypoglykemií, poprvé 25 h po poslední dávce glimepiridu. Tyto stavy si vyžádaly opakované bolusové podání 40% glukózy a pak i kontinuální intravenózní infuzní terapii glukózou, trvající celkem 7 dní. Nemocný byl také léčen erytrocytárními masami, intermitentní hemodialýzou a antibiotiky, přeložen byl ve stabilizovaném stavu. Opakovanou hypoglykemií si vysvětlujeme kumulací metabolitu glimepiridu při akutním renálním selháním. Pozoruhodný byl i klinický projev hypoglykemie, kterým bylo vždy delirium s agresivitou.

Klíčová slova: diabetes mellitus, rabdomyolýza, akutní selhání ledvin, hypoglykemie, glimepirid.

An unexpected cause of delirium

The authors document case history of an 70 years old male patient with hypertension, diabetes mellitus of 2nd type and dyslipidaemia, after a potentially curative treatment of carcinoma of the prostate gland, suffering from a contusion of right lower extremity followed by a lesion of nervus ischiadicus. The patient took glimepiride 2 mg daily, rosuvastatin 20 mg daily, ramiprilum 5 mg and amlodipine 10 mg in fixed-dose combination and escitalopram 10 mg daily before an admission. The wounded man suffers from the development of rhabdomyolysis with acute renal failure. Repeated delirious status caused by hypoglycaemia appears by the patient during the hospitalisation, for the first time 25 hours after the last dose of glimepiride. These status were treated repeatedly by 40% glucosis as bolus and then continuous intravenous infusion therapy of glucosis, lasted 7 days in general. The patient was also treated by concentrates of erythrocytes, intermittent haemodialysis and antibiotics, he was transferred in a stable status. We explain repeated hypoglycaemia by a cumulation of metabolite of glimepiride owing to acute renal failure. The clinic manifestation of hypoglycaemia was also interesting, it was always delirium with aggression.

Key words: diabetes mellitus, rhabdomyolysis, acute renal failure, hypoglycaemia, glimepiride.

Úvod

Delirium je akutním mozkovým syndromem, etiologicky nespécifickým a většinou přechodným, zároveň však život ohrožujícím. Delirium se vyskytuje u 10–15 % nemocných, kteří jsou hospitalizováni na běžných lůžkových odděleních kromě psychiatrického, v 15–50 % pak na odděleních psychiatrických a na jednotkách intenzivní péče dokonce ve 40–60 % (1). Charakteristickým projevem deliria je akutní zmatenost, dalšími projevy jsou

poruchy paměti, percepce, myšlení, psychomotoriky, příznaky neurologické i příznaky vegetativní dysfunkce. Mortalita deliria je vysoká, a to 20–30 %, dle jiného zdroje dokonce 20–70 %, v závislosti na příčině, častěji u závažných nevléčitelných chorob a terminálních stavů (1). K deliriu může vést řada stavů, jednou z jeho příčin může být hypoglykemie. Hypoglykemie je definována jako glykemie pod hodnotou 3,8 mmol/l. Hypoglykemie je častou akutní komplikací léčby diabetes mellitus, ať už

inzulínoterapií, či perorálními antidiabetiky, jakými jsou inzulínová segretagoga (1). K inzulínovým segretagogům patří sulfonylureové deriváty i nesulfonylureové deriváty, tedy tzv. glinidy a inkretiny (2). A hypoglykemie byla vyvolávajícím faktorem deliria, které popisujeme v naší kazuistice.

Popis případu

70letý muž, 168 cm, 80 kg, BMI 28,3 byl přijat k hospitalizaci na Ortopedické oddělení nemoc-