

a především ve žlučových cestách, které se vyskytuje opět převážně u dětí.

Cílem tohoto sdělení je popsat případ biliární pseudolithiázy indukované ceftriaxonem u dětského pacienta.

Popis případu

Na Dětskou kliniku Fakultní nemocnice Olomouc byl přijat 13letý chlapec pro 3 dny trvající intermitentní horečky až 39 °C, bolesti pravého ucha, hlavy a cervikální páteře, zahlenění, bolesti břicha s nauzeou, zvracením s intolerancí perorálního příjmu a dehydratací.

Anamnesticky bylo zjištěno, že tomuto stavu předcházely 14 dnů trvající subfebrilie, únava, bolesti v krku a rýma. Praktický lékař pro děti a dorost zjistil ve výtěru z krku beta-hemolytického streptokoka a nasadil fenoxymethylpenicilin (Penbene) v dávce 25 tis. IU/kg každých 8 hodin, které chlapec užíval 7 dnů. Jeho potíže však nadále progredovaly. Po vyšetření na Klinice otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku (ORL) byla stanovena diagnóza akutní rhinosinusitidy a otitis media l. dx. Byl mu nasazen amoxicilin-klavulanát (Amoksiklav tbl.) v dávce 625 mg každých 8 hodin, dále Otobacid gtt. do pravého ucha a dále Mometason spr., Cezera tbl., Nasivin spr. Febrilie a bolesti hlavy byly tlumeny Ibuprofenem nebo Paralenem.

V osobní anamnéze bylo významné pouze to, že je sledován neurologem pro migrény. Na cílený dotaz uvedl, že během letních měsíců (odhadem 2–4 týdny před nástupem potíží) měl přisáté klíště.

Při přijetí do nemocnice byl afebrilní, kolorit kůže bledý, ale bez patologického zabarvení. Při fyzikálním vyšetření měl břicho v nivěu, měkké, volně prohmatné, bez patologické rezistence nebo zvětšených jater či sleziny, na pohmat citlivé v epigastriu. Meningeální příznaky neměl. Jeho aktuální hmotnost byla 40 kg.

Výsledky laboratorních vyšetření byly bez významnějších nálezů. Pro podezření na meningitidu, které potvrzoval i postupný rozvoj meningeálních příznaků, však byla provedena lumbální punkce. Biochemický náález v likvoru prokazoval akutní zánětlivé změny. Diagnózu boreliové meningitidy potvrdil průkaz protilátek proti *Borrelia species* v likvoru.

Pacientovi byla empiricky nasazena kombinace aciklovir a ceftriaxon i.v. Přítomnost

herpetických virů se neprokázala, proto byl aciklovir po 4 dnech vysazen. Ceftriaxon (Ceftriaxon Kabi inj.) byl podáván v dávce 50 mg/kg každých 24 hodin, vzhledem k etiologii infekce po dobu 14 dnů.

Stav pacienta se přechodně zlepšil, 5. den po zahájení terapie ceftriaxonem si však chlapec začal stěžovat na bolesti břicha. Při fyzikálním vyšetření bylo břicho na pohmat bolestivé v epigastriu, následně se bolest přesunula do oblasti pravého hypochondria. Sonografické vyšetření břicha ukázalo klidovou cholecystolithiázu s vrstvou hyperechogenního obsahu na zadní stěně (obr. 1). U pacienta nebyla zjištěna žádná metabolická porucha, která by mohla být její příčinou. Stav byl tedy uzavřen jako ceftriaxonem indukovaná cholelithiáza. Po zvýšení přívodu tekutin a nasazení kyseliny ursodeoxycholové (Ursosan cps.) v dávce 250 mg co 8 hodin bolesti vymizely během 2 dnů a pacientův stav se zlepšil. Vzhledem k tomu terapie ceftriaxonem pokračovala v nezměněné dávce dalších 8 dnů do celkové doby 14 dnů. Chlapec byl propuštěn do domácího ošetřování zcela bez potíží.

Kontrolní USG vyšetření břicha bylo provedeno za 3 měsíce po propuštění, do té doby byl zajištěn kyselinou ursodeoxycholovou. Nález kontrolního USG byl zcela v normě, žlučník ne-

byl zvětšený, obsah byl čirý, anechogenní, bez cholelithiázy (obr. 2).

Diskuze

Cholelithiáza v dětství je obvykle považována především za sekundární projev různých predispozičních faktorů jako hepatobiliární onemocnění, totální parenterální výživa, sepse, hemolytická anémie nebo střevní resekce. Nežádoucí účinek léku je však velmi neobvyklou příčinou této choroby. Naše kazuistika popisuje případ symptomatické cholecystolithiázy indukované podáváním ceftriaxonu.

V roce 1986 byl poprvé publikován případ vzniku konkrementů ve žlučových cestách po podání ceftriaxonu (3). Od té doby byly případy sludge či žlučových kamenů v souvislosti s léčbou ceftriaxonem zaznamenány mnohokrát, zejména u dětí. Již od prvních případů je však zřejmé, že nejde o pravou cholelithiázu, nýbrž o přechodný jev, který po ukončení léčby ceftriaxonem spontánně mizí.

Incidence tohoto nežádoucího účinku je obvykle uváděna ve velmi širokém rozmezí. V prospektivních kohortových studiích se tento údaj pohyboval od 3 až po 56 %, novější práce však ukazují, že při použití dávek do 50 mg/kg výskyt nepřesahuje 20 % (4).

Obr 1. Sonografický náález při nástupu potíží, 5. den terapie ceftriaxonem. Popsán jako klidová cholecystolithiáza s vrstvou hyperechogenního obsahu na zadní stěně

