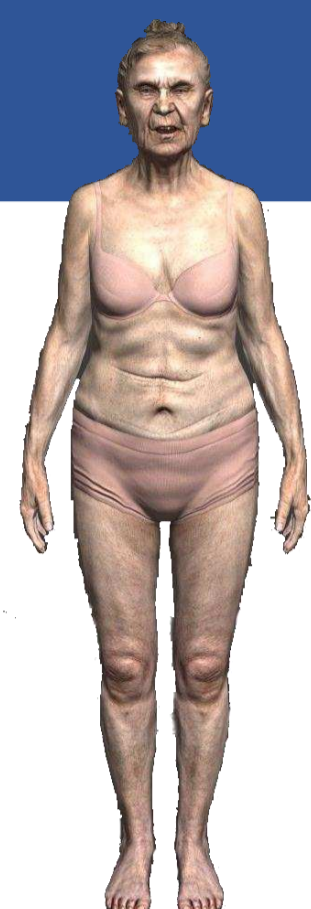


Příběh



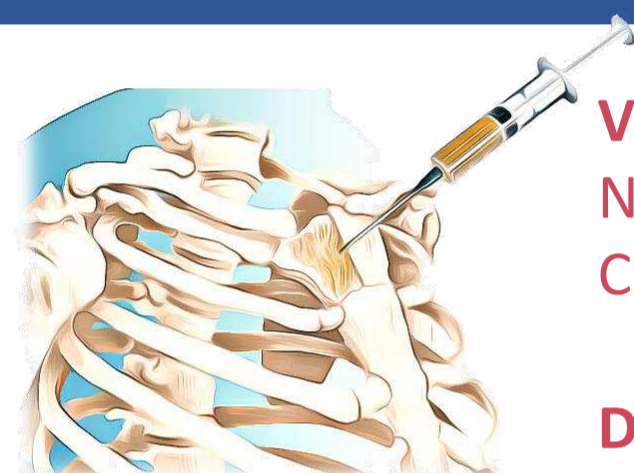
78letá nemocná přijata s gingivostomatitidou opakovaně 3 dny po sobě ošetřovaná na ambulaci KUČOCH

Subj: nemožnost polykání, dušnost, horečka, bolest v krku

OA: Revmatoidní artritida, ICHS, Parkinsonova choroba, stp. operaci leiomyomu jícnu (komplikováno disekcí)

FA: Valproat chrono, Prenessa, Akineton, Kinito, Nakom, Bloxazoc, Helicid, Furon

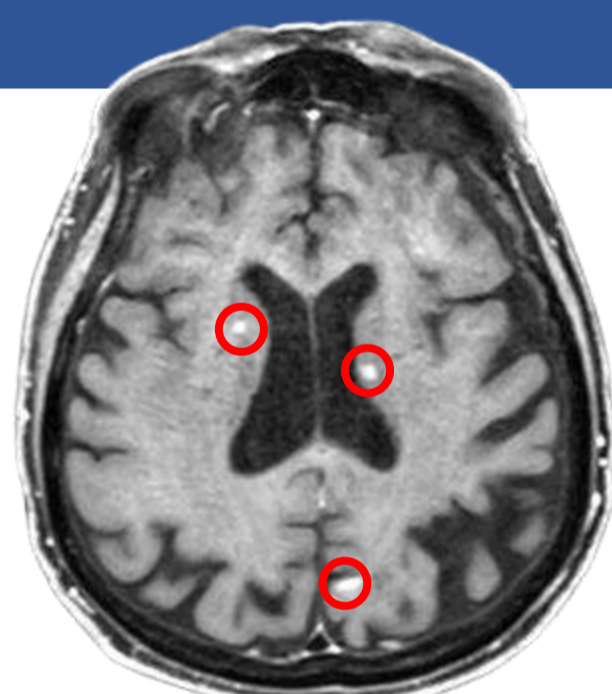
Diagnostika



Vstupní laboratoř: WBC 0,24; Hb 77; Plt 13, Na 148; K 3,9; Cl 112; Ca 2,13, P 0,96; Mg 1,04; CRP 285; laktát 1,12, Urea 14; Kr 74

Diferenciální diagnostika: hematologická malignita? (AML ALL, ..), myelotoxicita? (valproát, levodopa,..), infekce? (CMV, EBV, sepse)

Zjištění



- **Hemokultura** – *Candida Tropicalis* (identický nález v DÚ)
- **Sternální punkce** – bez průkazu klonality
- **CT krku** – flegmóna oro/hypofaryngu
- **MRI mozku** – drobné abscesové léze dominatně supratentoriálně

VÍTE, ŽE #1

- Hnis je dominantně tvořen buňkami imunitního systému (leukocyty, makrofágy), proto v případě leukopenie nemusí být lokální vyjádření infekce natolik markantní
- „Lokální nález v DÚ rozhodně není důvodem septického stavu“ – lékař KUČOCH v den hospitalizace

Etická dilemata



- Je racionální a benefiční poskytovat téměř 80ti leté nemocné v kritickém stavu s možnou hematologickou malignitou plnou přístrojovou orgánovou podporu včetně UPV?
- Bude v případě známé Parkinsonovy choroby dostatečný RHC potenciál k návratu do domácího prostředí v adekvátní QoL?

Zajištění DC



- Vzhledem k otoku jazyka, naznačenému stridoru a možné deviaci dýchacích cest volena jako primární varianta – **intubace videolaryngoskopem** (first pass bez komplikací)
- K potřebě OTI dochází až 6. den po přijetí – důvodem je reparace leukopenie a progresse lokálního nálezu v DÚ

Fokus



- Hlavním fokusem infekce byl nejspíše kariézní zub (dle CT periapikální projasnění u apexu 16). Při sedaci zub extrahován konziliářem KUČOCH přímo u lůžka nemocné

VÍTE, ŽE #2

- Krom azolů nemají ostatní antimykotika (echinokandiny i amfotericin B) dostatečnou penetraci do CNS a nejsou vhodná pro léčbu kvasinkových CNS infekcí

Pancytopenie nemusí být vždy jen známkou leukemie, ale také projevem sepse!

VSTUPNÍ MANAGEMENT NA ICU

- **Diagnostika**
 - CT krku – Den hospitalizace
 - POCUS + UZ břicha - Den hospitalizace
 - Diferenciální KO + známky hemolýzy (haptoglobin, volný Hb, schistocyty, LD) – Den hospitalizace; flowcytometrie Sternální punkce, flowcytometrie – D+1
 - Kultivační vyšetření, PCR CMV – den hospitalizace; D+1
- **Léčba**
 - ATB (Tazocin + Amikacin) + antimykotikum
 - Optimalizace volémie + vazopresor
 - G-CSF (po vyhodnocení sternální punkce)

POSTICU PROBLÉMY

- Trvalý omezení hybnosti (bez opory pouze krátká vzdálenost)
- Úbytek svalové síly a hmotnosti
- Hojící se ulcerace žaludku při indikaci k antikoagulační léčbě (FiSi)
- Potřeba dalšího stomatologického ošetření

HOSPITALIZACE V ČÍSLECH

- Doba hospitalizace – 86 dní
- Pobyt na ICU – 68 dní
- UPV – 45 dní
- 3 MRI, 3 CT, 16 RTG
- 9 cyklů atb, 3 cykly antimykotik