

okolo 150/100 torrů v poloze vleže, neurologicky přetrvávala porucha hybnosti PDK. Vzhledem k nahmatané rezistenci v dutině břišní a již známé hodnotě hCG jsme upřednostnili gynekologické vyšetření před provedením klasického ultrasonografického vyšetření břicha. Gynekologem verifikována gravidita v probíhající 25. gestačním týdnu. CT vyšetření mozku pro graviditu prozatím nebylo provedeno. Vzhledem k příznakům (křeče, arteriální hypertenze, proteinurie, gravidita) byl stav pacientky uzavřen jako eklampsie při nesledované graviditě. Při mezioborovém konziliu (gynekolog, neurolog, pediatr) byl upozorován další epileptický paroxysmus, proto bylo rozhodnuto o okamžitém ukončení gravidity per sectionem caesaream (dále jen SC) z vitální indikace matky. Operační porod proběhl bez komplikací, pacientka byla oběhově zajištěna kontinuální dávkou labetalolu. Vybaven byl plod mužského pohlaví s hmotností 820 g a odhadovaným stářím 27–28. gestační týden.

Průběh po SC nekomplikovaný, po dohodě s neurologem jsme pacientku zajistili antiepileptiky. Na ARO oddělení křečová aktivita již nebyla dále pozorována, trvala nutnost podání hypotenziv kontinuálně (převedena z labetalolu na urapidil). Doplněno CT mozku s nálezem hypodenzních ložisek s lokálním vyhlazením gyrfikace – menší okrsky v lalocích

frontálních, větší okrsky v lalocích parietálních a pravém okcipitálním – vzhledem ke klinice byl nález popsán jako akutní až subakutní ischemické změny s kolaterálním edémem v rámci eklampsie (obr. 1 a 2).

Po stabilizaci stavu (2. den) pacientka přeložena na JIRP DK Plzeň, kde pokračováno v antihypertenzní i antikonvulzivní terapii. Kontrolní neurologické vyšetření s normálním neurologickým nálezem, EEG vyšetření bez epileptických grafoelementů, proto antiepileptická terapie ukončena. Pro dobrý klinický stav byla antihypertenzní terapie převedena na perorální formu v dvojkombinaci Dopegyt + Agen, hodnoty krevního tlaku se na nastavené terapii pozvolna upravily. Po konzultaci s dětským kardiologem proto následně snížena terapie jen na monoterapii Agenem. Před dimisí byla dívka afebrilní, kardiopulmonálně stabilní, normotenzní, subj. bez potíží, neurotopicky bez patologie, operační rána klidná, hojící se per primam. V celkově dobrém zdravotním stavu propuštěna do domácí péče.

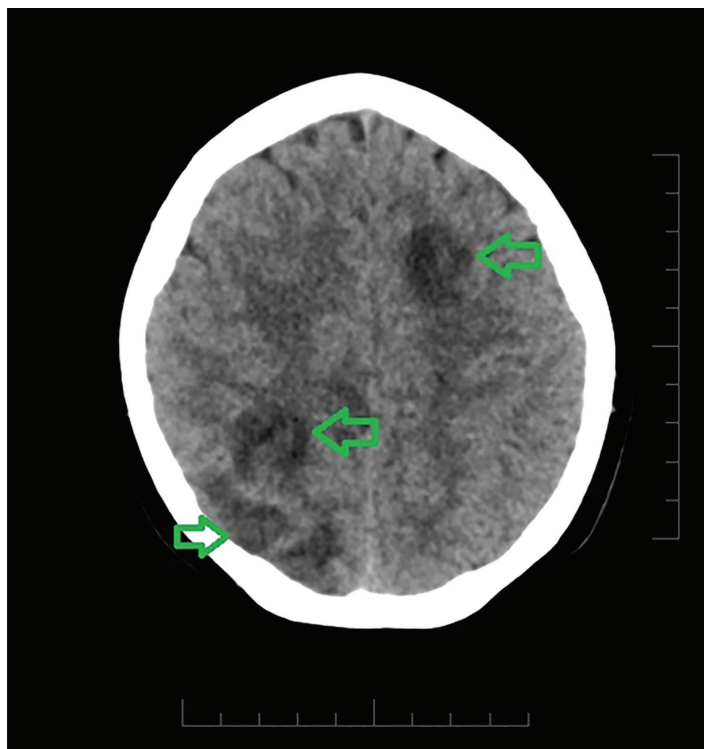
S odstupem dvou týdnů doplněno MRI mozku, kde popsány změny následkem PRES (posterior reversible encephalopathy syndrome) – drobné cystické okrsky lemované gliózou, vlevo parietálně celkem 3 velikostí do 8 mm, vpravo parietálně jeden velikosti 3 mm, drobný proužek gliózy také v jednom z gyrů v levém frontálním

laloku a v pravém okcipitálním laloku (Obr. 3 a 4). Dle srovnání s minulým CT vyšetřením je nález ve výrazné částečné regresii.

Diskuze

Preeklampsii rozumíme těhotenstvím podmíněnou hypertenzi s proteinurií a případně i otoky po 20. týdnu gravidity. Eklampsie je záchvat tonicko-klonických křečí těhotné ženy navazující na předchozí preeklampsii. Vzácněji se vyskytují i formy bez preeklampsie (*eclampsia sine preeclampsia*) nebo formy bez křečí, jen s bezvědomím (*eclampsia sine eclampsia*). Eklampsie je závažný a nebezpečný stav jak pro matku, tak i pro plod. Nakupení křečových epizod, které jsme mohli vidět u naší pacientky, nazýváme status eclampticus. Eklampsie vzniká na podkladě generalizovaného vazospasmu a dochází tak k rozvoji mnohočetných lézí šedé i bílé hmoty mozkové v důsledku různého stupně krvácení. Komplikacemi eklampsie jsou edém mozku a nitrolební krvácení, děložní hypertonus s abrupcí placenty, diseminovaná intravaskulární koagulace, kardiální selhání, plicní edém a další, vždy bývá přítomna hypoxie plodu. Terapie eklamptického záchvatu spočívá v potlačení křečí a snížení krevního tlaku (4). Jedinou účinnou léčbou je ale ukončení těhotenství, v mnoha případech předčasným císařským řezem (5).

Obr. 1. CT mozku – hypodenzní ložiska



Obr. 2. CT mozku – hypodenzní ložiska

