

Renální vaskulární trombóza u novorozence – 2. část

MUDr. Nikoleta Številová¹, MUDr. Josef Gut¹, MUDr. Hana Záhorová¹, MUDr. Lenka Pokorná Klímová¹,
MUDr. Patrik Hitka², MUDr. Jana Vojtíšková²

¹Dětské oddělení, Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s.

²Neonatologické oddělení, Fakulta zdravotnických studií, UJEP a KZ, a. s., Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem

Ve druhé části článku jsou demonstrovány recentní diagnostické a terapeutické postupy na 2 případech renální venózní trombózy u donošených novorozenců.

Klíčová slova: renální venózní trombóza, hematurie, novorozenec, atrofie ledvin, hypertenze.

Renal vascular thrombosis in newborn

In the second part of the article are presented recent diagnostic and therapeutic guidelines by two cases of renal vein thrombosis in term newborns.

Key words: renal venous thrombosis, hematuria, newborn, renal atrophy, hypertension.

Kazuistika 1

Donošený eutrofický novorozenec, gestačně 38 + 3 GT, z V. gravidity, III. parity byl porozen spontánně záhlavím v červenci 2021. Porodní hmotnost chlapce byla 3 855 g. Bezprostřední poporodní adaptace byla dobrá, skóre Apgarové 8-9-10. Matka v I. trimestru prodělala katar horních cest dýchacích se ztrátou čichu, antigenní ani PCR test k vyloučení infekce covidu-19 neproběhl. Žádný člen rodiny neprodělal tromboembolickou příhodu ani nemá prokázanou trombofilní mutaci.

Po přijetí na novorozenecké oddělení byly přechodně pozorovány třesy horních končetin, tranzitní tachypnoe do 6. hodiny života s nutností oxygenoterapie do prostoru inkubátoru celkem 4 hodiny, s Fi O₂ do 0,25. Kanavit byl novorozenci podán na žádost matky perorálně (2 kapky). Následně již třesy ani tachypnoe nepřetrvávaly, proto byl chlapec předán k matce na oddělení rooming-in.

Druhý den při ranní vizitě byla v pomočené plně nitka krve, chlapec byl intermitentně tachypnoický s dechovou frekvencí 70–80/min. Novorozence jsme přeložili na novorozeneckou JIP, při monitoraci vitálních funkcí se vyskytla tendence ke spánkové bradykardii k 84/min, tlak krve byl v rozmezí 70/56–76/60, střední arteriální tlak 49–53. V odebrané laboratoři byl nález trombocytopenie 74 × 10⁹/l, neměřitelně zvýšené D-dimery, koagulační vyšetření (aPTT, INR) v normě, CRP bylo elevováno (39,1 mg/l). Po odběrech opět odešla makroskopicky hematurická moč i s krevními koaguly. Pacienta jsme zajistili periferním žilním katétre a zahájili jsme parenterální rehydratační terapii, pro podezření na rozvoj časně sepsy byla nasazena antibiotická terapie v dvojkombinaci (ampicilin + gentamicin).

Doplňili jsme sonografii břicha, která prokázala hyperechogenní levou ledvinu se setřelou echostrukturou a sníženým prokrvením ve

srovnání s pravou ledvinou, v dopplerovském zobrazení absence toku ve vena renalis; v levé nadledvině bylo popsáno ložisko hemoragie smíšené echogenity 20 × 28 × 14 mm.

Pacienta jsme konzultovali a následně přeložili do perinatologického centra Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

Po překladu byla ultrazvukově verifikována edematózně zvětšena levá ledvina, trombus v levé renální žíle, který částečně zasahoval i do dolní duté žíly. V dopplerovském zobrazení nebyl patrný tok v renální žíle. Po konzultaci dětské hematoložky byla iniciována antikoagulační léčba nízkomolekulárním heparinem (Clexane v dávce 1,5 mg/kg à 12 hodin), dávka byla upravována podle hladiny anti Xa. Antibiotická terapie byla ukončena 7. den, kulturačně se patogen neprokázal. Osmý den byl chlapec přeložen na standardní oddělení k matce v celkově dobrém a kompenzovaném stavu.