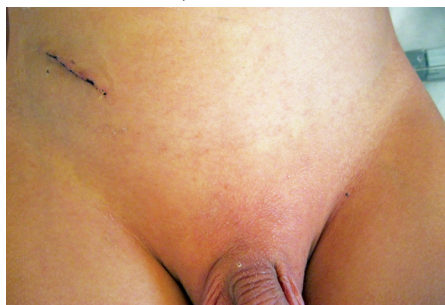


Při přijetí byl při vědomí, eupnoický, anikterický a subfebrilní (37,6 °C). Na obou stranách krku měl zvětšené uzliny, vlevo pod úhlem mandibuly byl přítomen paket uzlin, vpravo podél kývače drobnější uzliny. Sliznice orofaryngu byla zarudlá, tonzily bez povlaků. Břicho palpačně difuzně citlivé, bez hmatných rezistencí a organomegalie. Ostatní fyzikální nálezy byly v mezích normy.

Byla provedena základní laboratoř (biochemie: CRP bylo zvýšené – 43 mg/l, iontoqram, jaterní testy a renální parametry byly v normě, v krevním obraze byla pouze mírná leukocytóza $12,3 \times 10^9/L$ s převahou neutrofilů v diferenciálním rozpočtu, hemoglobin 118 g/l, trombocyty v normě), sonografie krčních struktur – štítnice, parotidy s normálním nálezem, vlevo v úhlu mandibuly zvětšené uzliny, oválné, hypoechogenní, největší byla 28×14 mm, vpravo drobné uzliny podél kývače i cévních svazků, všechny bez známek kolikvace, proto ORL lékař doporučil konzervativní postup. Kvůli klinickému stavu i laboratornímu nálezu jsme nasadili antibiotickou léčbu, vzhledem k předchozímu podání cefalosporinů první generace jsme zvolili klindamycin.

Druhý den hospitalizace byl chlapec febrilní až ke 39,2 °C, CRP vystoupalo na 180 mg/l. Na stehnech, trupu a genitálu se objevil drobnopapulozní červený nesvědivý exantém. Chlapec jedl mandarinky, exantém jsme tedy dávali do souvislosti buď s podávaným klindamycinem nebo s těmito citrusy. Protože si chlapec stěžoval na bolesti břicha, vyšetřil ho opakovaně chirurg, který stav hodnotil jako suspektní mezenterální lymfadenitidu, zároveň nebylo možno vyloučit iritaci apendixu, proto chirurg indikoval revizi dutiny břišní. Chirurgové provedli otevřenou apendektomii, peroperačně byl nalezen incipientně flegmonózně změněný appendix s mezenterální lymfadenitidou. Po operaci bylo dítě přeloženo na jednotku intenzivní péče, kde byly podávány infuze krystaloidů a analgetika. Třetí den hospitalizace (první pooperační den) byla provedena chirurgická kontrola s příznivým nálezem, v laboratoři pokleslo CRP na 84 mg/l. Podávání klindamycinu bylo ukončeno, antibiotika změněna na kombinaci amoxicilinu s klavulanátem a metronidazolu. Již po první dávce ale došlo ke zvýraznění exantému, proto byl amoxicilin vyměněn za klaritromycin.

Obr. 1. Exantém v podbříšku

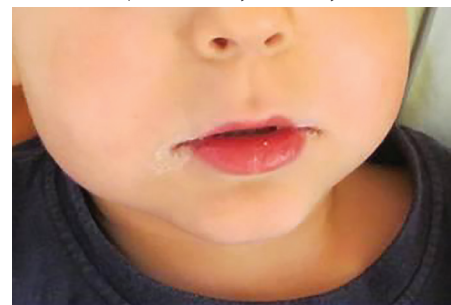


Čtvrtý den hospitalizace byl chlapec stále febrilní (do 39,1 °C), uplakaný, objevily se otoky prstů na rukou a zarudnutí spojivek, krční lymfadenitida byla bez výraznější změny, bez kolikvace. V laboratoři po přechodném poklesu opět stoupá hodnota CRP na 134 mg/l a také prokalcitoninu (10 ng/ml; PCT) a mírně se zvýšily také transaminázy (ALT 3,14 μ kat/l, AST 1,34 μ kat/l), leukocyty ($10,6 \times 10^9/L$ v normě). Nález na břicho byl ale příznivý, dítě jsme postupně zatížili stravou. Po podání klaritromycinu však došlo k opětovnému zvýraznění exantému (viz Obr. 1), další změna antibiotik byla konzultována s antibiotickým centrem, dle jejich doporučení byl nasazen piperacilin/tazobaktam v kombinaci s metronidazolem. Vzhledem k elevaci a lymfadenitidě jsme doplnili sérologické vyšetření (herpetické viry, cytomegalovirus, virus Epstein-Barrové, respirační viry, mykoplasmata, chlamydie, respirační viry, rubeola, morbili a paramyxovirus). V rámci pátrání po zánětlivém fokusu byla doplněna kultivace moči a stolice – negativní, při febrilních špičkách odebrány hemokultury – negativní.

Pátý den hospitalizace (třetí pooperační) byl pacient stále intermitentně febrilní, přetrvával otok rukou a obličeje, rozpraskané rudé rty (Obr. 2), jinak se ale klinický stav poněkud zlepšil, exantém vybledl, krční uzliny se zmenšily, toleroval stravu. V laboratoři stále stoupá CRP (až na 204 mg/l), v krevním obraze se objevuje opět mírná leukocytóza $13,4 \times 10^9$ s neutrofilii a také jsme pozorovali mírnou normochromní, normocytární anémii (pokles hemoglobinu ze 118 g/l na 96 g/l), výsledky virologického vyšetření byly negativní, infekční mononukleóza byla vyloučena, kultivace a hemokultury byly sterilní.

I šestý den trvaly teploty (do 38,8 °C), chlapec byl unavený, mrzutý, s popraskanými rty a malinovým jazykem. Nález na břichu byl

Obr. 2. Rozpraskané a vysušené rty



příznivý, stravu toleroval. Pro trvající febrilie a elevované známky zánětu (CRP 248 mg/l, PCT 0,5–2 ng/l), nereagující ani na poměrně dlouhou aplikaci širokospektrých antibiotik, jsme vyslovili podezření na revmatologické onemocnění nebo malignitu, proto jsme doplnili ultrazvukové vyšetření, kde byla mírná hepatosplenomegalie, drobný výpotek v Douglasově prostoru, pohrudniční dutina byla bez výpotku, krční uzliny zvětšené, ale ne v paketech a nevykazovaly známky suspektní malignity, oční lékař při vyšetření popsal pouze konjunktivitidu. V kontrolní laboratoři bylo stále stoupající CRP (248 mg/l), elevované transaminázy (ALT 1,47 μ kat/l, AST 0,47 μ kat/l – v normě), GGT (2,2 μ kat/l), hypoalbuminemie (30 g/l), zvýšené triacylglyceroly (1,6 mmol/l), celkový cholesterol v normě (3,1 mmol/l).

Vzhledem k refrakterním febriliím, nyní již 6 dnů trvajícím, exantému, popraskaným rtům, malinovému jazyku a lymfadenopatii jsme vyslovili podezření na Kawasakiho syndrom. Provedli jsme kardiologické vyšetření s negativním echokardiografickým nálezem na koronárních tepnách a dobrou funkcí levé komory a bez perikardiálního výpotku. Protože chlapec splňoval 5 kritérií Kawasakiho syndromu (viz tabulka 1), rozhodli jsme se pro podání IVIG (2 g/kg v jedné dávce) a nasazení kyseliny acetylsalicylové ASA (100 mg/kg/den ve 4 dávkách). Po podání imunoglobulinu došlo do 24 hodin k rapidnímu zlepšení stavu, ustoupily teploty, regredovaly uzliny,

Tab. 1. Diagnostická kritéria Kawasakiho syndromu

Horečka trvající déle než 5 dní (vždy přítomna)
Exantém na břiše, hrudníku a perigenitálně
Změny na rtech a v dutině ústní (malinový jazyk, erytém, rudé, popraskané rty)
Bilaterální nepurulentní konjunktivitida
Otoky rukou a nohou s erytémem, bolestivé, po 2–3 týdnech dochází k deskvamaci (začínající periunguálně)
Krční lymfadenitida