

FAKULTNÍ
NEMOCNICE
U SV. ANNY
V BRNĚ



MUNI
MED

Masarykova univerzita
Lékařská fakulta

Kazuistika

MUDr. Hebnarová M.





Pan. F, ročník 1985

Pacient odeslán z 1. CHK. Pracuje jako hajný, na končetinách běžně četné drobné povrchové oděrky, nyní asi poštipán hmyzem, rozškrábal si štípanec na vnitřním kotníku LDK.

Včera noha otekla, vznikl erytém, od včera LDK bolestivá při vertikalizaci, horečky až 38°C, nyní se bolest a zarudnutí s otokem šíří i nahoru na třísla.



ANAMNÉZA

RA: otec: onemocnění žil, matka: onemocnění štítné žlázy, psoriáza, sourozenci: bratr zdravý

OA: bez sledovaných onemocnění

FA: 0

AA: neguje

Abuzus: 4 piva denně, fumator 20c/d

FF: výška 193cm, váha 80kg, váha stabilní, chuť k jídlu má, noční pocení neguje, zrak a sluch přim.
věku - korekce na dálku

dysurie 0, dyspepsie 0, stolice pravidelná, bez příměsi krve, hlenu

PSA: hajný, žije s rodinou, zvířata doma 0

STATUS LOCALIS



STATUS LOCALIS



STATUS LOCALIS



STATUS LOCALIS



- **fyzikální vyšetření – status localis** - levý kotník, dorzum nohy a část bérce s erytémem, otokem, fluktuací, bilaterálně povrchové exkoriace (vs. kousnutí hmyzem), končetina teplá, erytém v pruhu po vnitřní straně stehna LDK až do třísla, vedlejší nález na kůži: drobné oděrky, ektymata bérců, diskrétní onychomykóza nehtů DKK, meziprstí DKK klidná, névus v oblasti zad vlevo nahoře
- **odběry krve** – Sodík **135 mmol/l**, Draslík **3,4 mmol/l**, Chloridy **96 mmol/l**, Glukóza **6,5 mmol/l**, Močovina 3,4 mmol/l, Kreatinin 86 $\mu\text{mol/l}$, Glom. filtr. odhad dle CKD-EPI 1,70 ml/s/1.73m², Kyselina močová 212 $\mu\text{mol/l}$, Bilirubin celkový 14,7 $\mu\text{mol/l}$, AST 0,26 $\mu\text{kat/l}$, ALT 0,26 $\mu\text{kat/l}$, ALP 1,15 $\mu\text{kat/l}$, GGT 0,29 $\mu\text{kat/l}$, LD 2,30 $\mu\text{kat/l}$, **CRP 273,8 mg/l**, Erytrocyty 4,41 $10^{12}/l$, **Leukocyty 20,7 $10^9/l$** , Hemoglobin 138 g/l, **Hematokrit 0,386 l/l**, Trombocyty 175 $10^9/l$



Erysipel s lymfagoitídou LDK

■ příjem k hospitalizaci na I.DVK – průběh hospitalizace:

Pacient přijat k hospitalizaci pro flegmonosní erysipel s lymfangoitídou levé dolní končetiny. V odběrech CRP 273,8, Leukocyty 20,7. Nazasazena ATB terapie krystalickým penicilinem i.v. celkem 10 dní, dále v den propuštění aplikován Lentocilin 2,4 MIU. V odběrech postupný pokles markerů zánětu - CRP 3,3, Leu 5,2. V celkové terapii podávána venotonika a LMWH injekce v preventivní dávce. Lokálně aplikován Polysan, antimikrobiální a indiferentní externa, onychomykóza DKK ošetřována lokálním antimykotikem. Průběh hospitalizace komplikován vznikem abscesu na levém kotníku, potvrzeno USG podkoží, následně evakuace hnisu cestou chirurgie, poté převazy s antiseptiky denně na oddělení až do zhojení. Při propuštění pacient subjektivně bez potíží, bez teplot, bez bolestí, LDK bez erytému, bez otoků, v levém třísele přetrvává reaktivní lymfadenopatie.



Celková:

- krystalický penicilin i.v. celkem 10 dní, zakončeno depotním penicilinem
- venotonika (Detralex tbl.), preventivně LMWH (Fraxiparine 0,8ml s.c.)
- po hospitalizaci pendeponizace (Lentocilin 2,4MIU i.m.)

Lokální:

- Polysan – ve vrstvě 3x denně na LDK
- Batrafen sol. + Batrafen crm. na projevy tinea pedum a onychomycosis
- defekt LDK – obklad Prontosan sol, do defektu Borargent + Mastný tyl, Zinkový olej do okolí



DOPORUČENÍ - PREVENCE

- péče o kůži
- ošetření drobných traumat
- léčba mykotických infekcí či jiných chorob vedoucích k poškození kožní bariéry
- **profylaxe** (depotní penicilin – benzathin penicilin G, p.o. penicilin)



SHRNUTÍ - jak se dopracovat k diagnóze?

- **KLINICKÝ OBRAZ** (ostře ohraničený živě červený erytém s otokem, který může mít až indurovaný charakter, okraje léze mohou být vyvýšené oproti okolní kůži a jsou nepravidelného tvaru)
- **CELKOVÉ SYMPTOMY** (zimnice, třesavky, horečky, nauzea – často již prodromálně)
- **LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ** (elevace zánětlivých parametrů)

FAKULTNÍ
NEMOCNICE
U SV. ANNY
V BRNĚ



MUNI
MED

Masarykova univerzita
Lékařská fakulta

Děkuji za pozornost!

