

Leptospiróza – editorial

P. Husa

Klinika infekčních chorob Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Majdák P et al. Morbus Weil. Kazuistika a principy. Vnitř Lék 2012; 58(9): 668–673.

V roce 1886 popsal německý lékař z Heidelbergu Adolf Weil horečnaté onemocnění s těžkým ikterem, splenomegalií a nefritidou, které se od té doby nazývá Weilovou chorobou. Leptospiry byly poprvé mikroskopicky prokázány v roce 1907 při vyšetření ledvin pacienta, o kterém se předpokládalo, že zemřel na žlutou zimnici. Izolovat leptospiry se podařilo současně v Německu a Japonsku roku 1915 [1].

Leptospiróza je celosvětově rozšířená zoonóza s výrazně vyšším výskytem v zeměpisných oblastech s teplým a vlhkým klimatem. V mírném pásmu stoupá výskyt incidence onemocnění v pozdním létě, v tropech v období dešťů. Rezervoárem jsou hlodavci a jiní drobní savci, kteří vylučují leptospiry močí. K přenosu infekce dochází zpravidla vodou či vlhkými substráty, jež jsou kontaminovány močí rezervoárových zvířat. Leptospiry mají schopnost pronikat kožními i slizničními oděrkami a při delším pobytu ve vodě i neporušenou kůží. K rizikovým aktivitám proto patří vodní sporty a konzumace vody z neproověřených zdrojů. Zvýšenému riziku infekce jsou vystaveni rovněž veterináři, pracovníci ve stokách a kanalizacích, kafilériích, masokombinátech a v zemědělství. U těchto profesionálních infekcí může dojít k přenosu infekce i přímým kontaktem se zvířetem. Výskyt onemocnění je výrazně vyšší u mužů než u žen, což souvisí s vyšším rizikem přenosu infekce při výkonu převážně „mužských“ povolání a při sportu [1–3].

V České republice je incidence diagnostikovaných případů leptospirózy udávána mezi 0,3 a 0,4/100 000 obyvatel. Jak vyplývá z tab. 1, jsou výrazné meziroční výkyvy v počtu hlášených případů onemocnění, což je pravděpodobně v souvislosti s povodněmi a/nebo přemnožením hlodavců [3].

Klinický obraz kolísá od benigní žňové či blaťácké horečky (vyvolavatelem je většinou sérovar Grippotyphosa, event. Sejroe, Pomona a další) až po závažnou Weilovu chorobu s mortalitou 5–10 %, kterou způsobuje sérovar Icterohaemorrhagiae.

V názvech benigní formy onemocnění jsou obsaženy všechny hlavní epidemiologické a klinické rysy onemocnění – infekce většinou v pozdním létě, častější ve vlhkých oblastech a horečka jako hlavní příznak. Proto se také udává, že onemocnění probíhá pod obrazem „letní chřipky“. U části nemocných se objevuje i druhá fáze onemocnění s bolestmi hlavy, někdy s projevy aseptické meningitidy, intenzivními bolestmi svalů a konjunktivitidou. Laboratorně se často nachází známky poškození jater (zvýšená aktivita aminotransferáz, lehký vzestup sérové hladiny bilirubinu) a/nebo ledvin (proteinurie, hematurie, vzestup kreatininu v séru).

Zatímco do klinického obrazu benigní formy onemocnění ikterus nepatří, u Weilovy choroby je cholestatický ikterus typickým projevem druhé fáze onemocnění, které začíná jako seps s nejasnou příči-

nou. Druhá fáze onemocnění nastupuje často bez přechodného zlepšení stavu a kromě ikteru je pro ni typické selhání ledvin, jež si většinou vyžaduje hemodialyzační léčbu. Na kůži bývají často patrné krvácivé projevy (petechie, sufuze) a krvácení do gastrointestinálního traktu či mozku je nejčastější příčinou úmrtí.

V tomto čísle časopisu Vnitřní lékařství popisují slovenští autoři z Bojnice [4] velmi typický případ Weilovy choroby u 66letého muže. Pacient byl do nemocnice přijat pro ikterus, který se objevil po ústupu asi týden trvajících horeček nejasného původu. Horečky byly provázeny slabostí, bolestmi svalů, břicha i kašlem. Zpětně lze toto hodnotit jako příznaky prvního stadia Weilovy choroby. Typický byl i rozvoj ikteru po několika dnech od vymizení horeček. Kromě ikteru se u pacienta objevily i krvácivé kožní projevy. V laboratorním nálezu dominovalo výrazné zvýšení sérové hladiny celkového i konjugovaného bilirubinu, urey, kreatininu a těžká trombocytopenie. K podezření na leptospirózu přispělo dodatečně doplnění anamnézy synem pacienta, který uvedl, že otec pracoval v zaplaveném sklepě rodinného domu, odkud odčerpával špinavou vodu a čistil zde kanalizaci. Leptospiróza byla následně potvrzena sérologicky.

Leptospiróza není v našich podmínkách časté onemocnění, ale může skončit smrtí. Proto je třeba na tuto nemoc myslet zejména při horečkách

Tab. 1. Počet hlášených případů leptospirozy v České republice v letech 2002–2011 (dle Epidatu).

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
počet případů	94	19	22	55	18	24	17	32	41	31

nejasného původu provázených alespoň laboratorními známkami jaterního a/nebo ledvinného poškození či krvácením do kůže a sliznic. Antibiotická léčba by měla být zahájena co nejdříve, zpravidla empiricky na základě závažného klinického podezření, které je teprve dodatečně potvrzeno sérologicky. U lehkých forem onemocnění lze použít perorální doxycyklin, u těžších průběhů intravenózní ampicilin nebo amoxicilin, benzylpenicilin nebo ceftriaxon. Doba antibiotické léčby v těžších případech trvá minimálně 2 týdny. Pacient s Weilovou chorobou patří na jednotku intenzivní péče. Často jsou potřebné opakované hemodialýzy, prevence a léčba krvácivých komplikací a péče o vnitřní pro-

středí. Renální insuficience je u leptospirozy typicky plně reverzibilní. Mortalita plně rozvinuté Weilovy choroby je udávána v rozmezí 5–40 %. Mortalita stoupá s rostoucím věkem nemocného (hranice závažnosti je 40 let věku). Nejčastějšími příčinami smrti jsou krvácení do vnitřních orgánů, myokarditida, maligní arytmie a následný kardiogenní šok. Zatímco očkování domácích zvířat proti leptospiroze je běžné, imunizace lidí se nikde rutinně neprovádí. Ve Spojených státech se osobám v extrémním riziku leptospirozy (např. vojákům v deštných pralesech) profylakticky doporučuje doxycyklin (200 mg týdně), event. azitromycin, v Evropě se antibiotika profylakticky nepodávají [1,5].

Literatura

1. Honegr K. Leptospirozy. In: Beneš J et al (eds). Infekční lékařství. Praha: Galén 2009: 287–289.
2. Kučerová P, Čermáková Z, Valenta Z et al. Výskyt leptospirozy v Králověhradeckém a Pardubickém hradi a v části kraje Vysočina v letech 2002–2009. Klin Mikrobiol Inf Lek 2011; 17: 168–172.
3. Smetana J, Čermáková Z, Boštíková V et al. Leptospiroza v České republice a možnosti laboratorní diagnostiky. Epidemiol Mikrobiol Imunol 2010; 59: 159–167.
4. Majdák P, Drexlerová I, Staňáková M et al. Morbus Weil. Kazuistika a principy. Vnitř Lék 2012; 58: 668–673.
5. Levett PN, Haake DA. Leptospira Species (Leptospirosis). In: Mandell GL (ed.). Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier 2010: 3059–3065.

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.
www.fnbrno.cz
e-mail phusa@med.muni.cz

Doručeno do redakce: 21. 5. 2012

www.csgh.info