

Jed ropušnice není smrtelný, ale způsobí ostrou bolest a otok, který v okolí postiženého místa přetrvává dlouhou dobu (2). Jed obsahuje proteinázu, která hydrolyzuje kasein a kolagen (3). Jed všech zástupců čeledi ropušnicovitých vykazuje určité společné znaky, mají podobný neuromuskulární a kardiovaskulární efekt (4, 5) a jsou termolabilní. Projevy po bodnutí ropušnice jsou místní i celkové. Místní projevy po bodnutí zahrnují hlavně zarudnutí, tvorbu vezikul a otoku a v závažnějších případech může dojít až k tvorbě nekrotéz. Zarudnutí, otok a porucha citlivosti (hyperestezie nebo hypostezie) se může šířit dále na postiženou končetinu (6). Poranění je vždy provázeno ostrou bolestí, jejíž intenzita kulminuje hodinu po bodnutí a postupně ustupuje během 8–12 hodin (někdy až během 24 hodin) (7). V místě bodnutí může přetrvávat změna citlivosti a může se vytvořit kožní defekt. Současné bodnutí několika trny může vést k zvětšení regionálních mízních uzlin.

Méně časté systémové účinky zahrnují nevolnost, zvracení, bolesti břicha a hlavy, pocení, generalizovaná slabost, svalové křeče, dušnost, tachykardie, bolest na hrudi a mírná hypotenze (8).

Vzhledem k tomu, že je jed ropušnicovitých termolabilní, tak první pomoc po bodnutí všech zástupců těchto jedovatých ryb spočívá v omezení pohybu a ponoření postižené oblasti do horké vody o teplotě 45 °C na 30–60 minut. Pro zmírnění bolesti lze podat analgetika. Specifické antisérum proti jedu ropušnice není k dispozici. Další léčba zahrnuje profylaktické nasazení antibiotik, jako prevenci infekčních komplikací, lokální ošetření rány, odstranění trnů a cizích předmětů z rány, přeočkování proti tetanu. Léčba systémových projevů je pouze symptomatická.

Komplikace po bodnutí ropušnicovitých se dělí na časné a pozdní. Nejzávažnější časnou komplikací je rozvoj časné sekundární bakteriální superinfekce gram negativní flórou (*Vibrio vulnificus*, *Vibrio parahaemolyticus*, bakteriální kmeny vyskytující se v ústích řek do moře a pobřežních vodách, které mohou způsobovat infekce ran) a rychlý rozvoj nekrotizující fascitidy či myonekrózy během hodin. Při sebemenším podezření na tuto komplikaci je nutno provést probatorní punkci svalu (pro tuto komplikaci svědčí zkalená tekutina), případně radikální fasciotomii, a pacienta vždy zajistit vysokou dávkou širokospektrých antibiotik. Mezi pozdní komplikace se řadí trvalá bolest, neurologický či motorický deficit a lokální ulcerace, které mohou trvat řádově měsíce od poranění.

Kazuistika

Muž, 57 let, byl přijat na Klinikou popálenin a plastické chirurgie Fakultní nemocnice Brno s rozsáhlou nekrotickou plochou na pravém bérce, hloubka III. stupně, rozsah nekrózy 1,5 % TBSA (total body surface area). Nekróza se u pacienta rozvinula po bodnutí ropušnicí, na kterou pacient šlápl při potápění na Egyptském pobřeží 4 týdny před hospitalizací ve FN Brno. Pacient byl do FN Brno odeslán z chirurgického pracoviště okresní nemocnice. Primárně byl pacient ošetřen v Egyptě, ale záznamy z tohoto ošetření nejsou k dispozici (Obr. 2 a 3).

K odstranění nekrózy byla nejdříve použita chemická nekrektomie 40% kys. benzoovou, ta se ale ukázala jako nedostatečná. Následovalo několik etap ostré nekrektomie (Obr. 4 a 5). Po dočištění plochy byla provedena transplantace tenkým dermoepidermálním štěpem odebraným z pravého stehna. Transplantované dermoepidermální štěpy

Obr. 2. Nekrotické plochy na pravé dolní končetině několik dní po bodnutí ropušnicí



Obr. 3. Nekrotické plochy na pravé dolní končetině několik dní po bodnutí ropušnicí



se přihojily ke spodině a bez problémů se též zhojila odběrová plocha (Obr. 7 a 8). K dočištění a přípravě plochy k transplantaci tenkým dermoepidermálním štěpem i k dolčení zatransplantované plochy byly použity moderní krycí materiály využívající princip vlhkého hojení včetně podtlakové terapie (Obr. 6). Během hospitalizace byla nasazena antibiotická terapie dle citlivosti a dále byly pravidelně odebírány stěry k mikrobiologické analýze. Při provádění mikrobiologické surveillance