

pomoci k zúžení spektra zvažovaných diagnóz a k omezení neúčelných a finančně náročných vyšetření (10).

## Anamnéza a fyzikální vyšetření

Při prvním kontaktu s pacientem bychom měli nejprve zjistit, zda nemocný splňuje výše uvedená kritéria horečky nejasné etiologie. Dále bychom se měli zaměřit na pečlivý odběr anamnézy a provedení základních paraklinických vyšetření. Již v této fázi je vhodné stratifikovat pacienty dle nejpravděpodobnější povahy základního onemocnění s použitím výše popsaných diagnostických vodítek.

Význam teplotních křivek a relativní bradykardie bývá uváděn zejména v diferenciální diagnostice infekčních onemocnění. Přirozený průběh horečky však je často zastřen symptomatickou léčbou či antibiotiky. Relativní bradykardie obvykle doprovází břišní tyfus, Q horečku, leptospirózu a ehrlichiozu, ale vyskytuje se také u lymfomů, nádorů CNS či polékových horeček. Ranní teplotní špičky se vyskytují u mimoplicní tuberkulózy, ale také u polyarteritis nodosa (PAN). Bifazická teplotní křivka se vyskytuje u lokalizovaných hnisavých procesů, Stillovy choroby v dospělosti či mimoplicní tuberkulózy. Zvláštní formu teplotní křivky představuje Pel-Ebsteinova horečka při Hodgkinově lymfomu, kdy se týdny bez zvýšených teplot střídají s febrilními epizodami (25).

Výtěžnost fyzikálního vyšetření bývá nejvyšší, pokud je vyšetření opakováno a hodnoceno znovu s časovým odstupem. V případě horečky nejasného původu je významné především vyšetření kůže, kloubů, lymfatických uzlin, jater a sleziny (7, 25).

Mezi nejdůležitější kožní projevy infekčních onemocnění patří imunopatologické a embolizační fenomény – Oslerovy uzly, Janewayovy léze či třískovité hemoragie nehtových lůžek. Tyto příznaky jsou téměř patognomonické pro diagnózu infekční endokarditidy. Nespecifické, tzv. „parainfekční“, exantémy vidáme v praxi u celé řady virových infekcí, které se ovšem málokdy manifestují jako FUO. Polymorfní a proměnlivé exantémy mohou doprovázet akutní retrovirový syndrom či syndrom infekční mononukleózy. Své specifické kožní projevy má řada revmatologických onemocnění. Nesvědící makulopapulózní exantém lososově růžové barvy objevující se zejména na vrcholu horečky a často spontánně mizející doprovází Stillovou chorobu v dospělosti v 60 až 80 % případů, přičemž vyrážka bývá lokalizována na trupu a končetinách (17). Naopak fotosenzitivní dermatitida v obličeji patří mezi nejčastější klinické projevy systémového lupus erythematoses (SLE). Petechie a purpura jsou drobné neblednoucí hemoragické kožní léze způsobené extravazací erytrocytů a bývají známkou vaskulitidy malých tepen. Pro postižení tepen středního kalibru jsou charakteristické spíše nodulární útvary v podkoží, hluboké ulcerace či síťovité prosvítající cévní kresba charakteru jemného mramorování (*livedo reticularis*), ev. hrubšího lomeného vzoru (*livedo racemosa*) (26). Mezi léze, jež mohou imitovat vaskulitidu, zmíníme poštípání členovci, *livedo reticularis* při embolizaci cholesterolových platů, projevy chronické žilní insuficience a různé dermatózy (např. fototoxické, traumatické, v souvislosti s kortikoterapií či hormonální antikoncepcí). Výsev generalizovaného morbiliformního exantému někdy doprovází polékové horečky. Hemato-onkologická onemocnění bývají doprovázena intenzivním svěděním kůže, výraznými hypersenzitivními reakcemi

(např. po poštípání hmyzem či členovci) nebo iritací kůže po kontaktu s teplou vodou) (27).

Kloubní obtíže typicky doprovází revmatologická onemocnění. Při vyšetření kloubů je potřeba se zaměřit na přesný popis charakteru a intenzity obtíží (bolest či otok), jejich distribuce (mono-, oligo- či polyartikulární, symetrická či asymetrická), vyvolávajících faktorů, doby začátku a trvání. Zánětlivé postižení kloubů je pravděpodobnější, pokud pacient udává zhoršení symptomů při inaktivitě (např. typická ranní ztuhlost), symetrické postižení a dobu trvání delší než 6 týdnů (28).

Lokalizovaná lymfadenopatie nejčastěji souvisí s infekčním procesem v drénované oblasti lymfatické uzliny. Akutně zánětlivě postižené uzliny bývají zpravidla měkké a bolestivé na pohmat. Nezářlivá lymfadenopatie vzniká infiltrací uzliny maligními buňkami při hemato-onkologických onemocněních či metastazujících karcinomech, přičemž v tomto případě bývají uzliny tužší, nebolestivé a někdy dokonce fixované k okolním strukturám. Avšak toto pravidlo neplatí absolutně, neboť pacient může někdy udávat bolesti i u nádorově zvětšené uzliny, která je dána agresivním a rychle rostoucím nádorem utlačujícím okolní tkáň. Riziko lymfadenopatie maligní etiologie se obecně zvyšuje s věkem a dosahuje 4 % u pacientů starších 40 let oproti 0,4 % u mladších jedinců (29). Generalizovaná lymfadenopatie, někdy s doprovodnou splenomegalií, se vyskytuje u syndromu infekční mononukleózy (infekce EBV, CMV, HIV, toxoplazmóza), hemato-onkologických onemocnění, polékových horeček, méně často u sarkoidózy či mimoplicní tuberkulózy. Splenomegalie v kontextu horečnatého onemocnění se vyskytuje nejčastěji u hematologických onemocnění, z infekcí pak u HIV/AIDS a infekční endokarditidy. Z ostatních příčin musíme vyloučit venózní městnání při současném onemocnění jater či infiltrativní postižení při sarkoidóze, amyloidóze, autoimunitní hemolytické anémii, Feltyho syndromu či SLE. Masivní splenomegalie přesahující střední čáru se vyskytuje zejména u myeloproliferativních onemocnění, myelofibrózy a některých leukemií. U pacientů s cestovatelskou anamnézou je nutno vyloučit malárii a viscerální leishmaniózu. Při izolované hepatomegalii v úvahu připadá především primární onemocnění jater včetně infekčních a autoimunitních hepatitid, dále toxické či metabolické hepatopatie. Systémové příčiny zvětšení jater jsou obdobné jako u splenomegalie, která se může vyskytovat současně (30, 31).

Často opomíjeno bývá oční vyšetření, které rovněž může významně přispět ke stanovení diagnózy. Rothovy skvrny jsou typickým příznakem infekční endokarditidy, avšak udávána senzitivita je pouze 2 % (32). Sítnicová krvácení různých tvarů a tzv. vatovitá ložiska se rovněž vyskytují u IE, ale zároveň i u pacientů se systémovými chorobami pojiva (např. SLE), vaskulitidami (PAN, obrovskobuněčná arteriitida), leukemiemi a lymfomy (33).

## Laboratorní vyšetření

Pro zvýšení výtěžnosti laboratorních vyšetření je obvykle nezbytné správně interpretovat kombinace výsledků nespecifických vyšetření a při jejich posuzování je nutné hodnotit i míru odchylky od fyziologických norem.

Základní vyšetření ve vnitřním lékařství představuje krevní obraz. Samozřejmostí v případě horečnatých stavů je vyšetření diferenciální-