

srdeční selhávání, diabetes mellitus 2. typu, chronickou pankreatitidu, recidivující žilní tromboembolickou nemoc a vředovou chorobu duodena. Zajímavý byl údaj o prodělané plicní tuberkulóze v dětství a o již čtyřech komunitních bronchopneumoniích během posledních čtyř měsíců s opakovanou systémovou terapií antibiotiky. Naopak informace o psoriáze v obšírné anamnéze prakticky zanikla. Dlouhodobá medikace zahrnovala: bisoprolol fumarát, pantoprazol, gliclazid, furosemid, antihistaminika, skupinu vitaminů B1, B6 a B12, cholekalciferol (vitamin D3) v dávce 20 kapek týdně, rutosid s kyselinou askorbovou, inhalační přípravek ipratropia, acitretin (Neotigason®, v kumulativní týdenní dávce 100 mg), aciclovir v dávce 400 mg/d pro suspektní herpes zoster thoracicus a probiotika na bázi *Saccharomyces boulardii*. Bez bližší specifikace byly uvedeny alergie na procain, metamizol, ibuprofen a tramadol. Objektivnímu nálezu dominovala celková slabost a vyčerpanost, astenie (hmotnost 55 kg, výška 157 cm, index tělesné hmoty/body mass index, BMI/22,3 kg/m²), periorbitální hematomy, výrazně křehká, suchá, atrofická pokožka s četnými podkožními hematomy na celém těle charakteru petechií, ekchymóz a sufuží a makulózní splyvající syté erytematózní exantém pod pravým prsem, jenž byl přehodnocen na intertrigo. S ohledem na celkový stav byla provedena spíše základní laboratorní vyšetření, vybrané parametry jsou uvedeny v tabulce 4. Koncentrace folátu a vitamínu B12 v séru byly v normě, byla přítomna nápadná hyperferritinemie (1 182,1 µg/l; referenční rozmezí 20,0–300,0 µg/l) při hraničně snížené saturaci transferinu 19,9 % (referenční rozmezí 20,0–55,0 %), screeningovým vyšetřením nebyly prokázány antierytrocytární protilátky. Nebyla shledána indikace k vyšetření lipidogramu. Na elektrokardiogramu byl zachycen pravidelný normofrekventní sinusový rytmus, hraniční PQ interval (200 ms), normální šíře QRS komplexů (90 ms), prodloužený QT interval (448 ms), bez jiných zásadních změn

Tab. 4. Vybrané laboratorní parametry k případu pacientky

Parametr (jednotky)	Měřená hodnota	Referenční rozmezí
Hemoglobin (g/l)	86,7	120,0–160,0
Hematokrit	0,25	0,35–0,47
MCV (fl)	106,2	82,0–98,0
Erytrocyty (×10 ¹² /l)	2,39	3,8–5,2
Trombocyty (×10 ⁹ /l)	185,8	150,0–400,0
Leukocyty (×10 ⁹ /l)	6,2	4,0–10,0
aPTT-R	1,52	0,8–1,2
PT-R	1,24	0,8–1,2
Fibrinogen (g/l)	5,54	1,8–4,2
Antitrombin (%)	83,0	80,0–120,0
Albumin (g/l)	28,5	35,0–53,0
Celková bílkovina (g/l)	44,9	66,0–88,0
IgG (g/l)	2,09	5,5–16,3
IgA (g/l)	0,14	0,7–5,2
Kalcemie (mmol/l)	2,12	2,0–2,75
Bilirubin celkový (µmol/l)	6,8	3,4–17,1
Bilirubin konjugovaný (µmol/l)	3,9	0,0–3,4
ALT (µkat/l)	0,28	0,2–0,6
AST (µkat/l)	0,22	0,2–0,6
Urea (mmol/l)	4,6	2,0–6,7
Kreatinin (µmol/l)	64,1	44,0–80,0
C-reaktivní protein (mg/l)	62,1	0,0–5,0

v repolarizační fázi. Radiologicky byla zjištěna difuzně zhrubělá retikulární bronchovaskulární kresba se třemi nodularitami v pravém dolním plicním poli velikosti 8–10 mm. Pro podezření na probíhající infekci byla zahájena parenterální empirická terapie co-trimoxazolem, anémie si vyžádala podání 1 transfuzní jednotky erytrocytů. Pro insuficienci periferního žilního řečiště bylo nutno provést kanylací v. subclaviae vpravo zkušeným lékařem. Tento výkon byl zatížen výraznou taktilní bolestivostí a navzdory zcela nekomplikovanému průběhu intervence byl zaznamenán prakticky okamžitý rozvoj plošného podkožního hematomu téměř přes celý hemithorax (Obr. 1). V následujících dnech byl pozorován spontánní a rychlý vznik hemorhagických bul v dutině ústní a tenzních bul na ploškách dolních končetin vyžadujících odlehčovací punkci (Obr. 3, 4). Diferenciálně-diagnosticky bylo pomýšleno na prokrvácené septické embolizace, na plazmocelulární neoplazii či amyloidózu. Mikroskopicky však byly v získaném sanguinolentním sekretu přítomny jen ojedinělé bakterie, kultivačně byl pouze v jednom vzorku zachycen kmen *Staphylococcus saprophyticus*, což bylo hodnoceno jako kontaminace. Po zvážení všech okolností (celková imobilita, výrazná hyperalgezie, riziko dalších plošných iatrogeně způsobených hematomů, omezená diagnostická výtěžnost) bylo upuštěno i od transtorakálního echokardiografického vyšetření a od sonografického vyšetření dutiny břišní. Zjištěné hypoglobulinemie G a A byly hodnoceny jako pravděpodobný projev nutričního marasmu. Z důvodu jen dočasného efektu nebyla jednorázová substituce IgG u pacientky nejvíce známky systémové infekce indikována. Imunoelktroforetické vyšetření séra neprokázalo paraprotein. Biopický odběr tkání k vyloučení případné

Obr. 1. Plošný podkožní hematom

