

Popis případu

V naší kazuistice popisujeme případ 72leté polymorbidní pacientky, která byla přijata 16. 2. 2024 na interní oddělení Podhorské nemocnice v Bruntále kvůli progresi renální insuficience, defektům dolních končetin, celotělovému exantému.

Byla sledována s těmito chorobami: DM2 na PAD a GLP1 agonistech, morbidní obezita (BMI 42,17), srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí levé komory, smíšená hyperlipoproteinemie (pro intoleranci statinů pouze na ezetimibu), hyperurikemie, chronická renální insuficience (dodatečně určeno jako CKD G3A2, hodnoty kreatininu se dlouhodobě pohybovaly kolem 100 $\mu\text{mol/l}$), defekty dolních končetin původně považované a ulcerace venózní etiologie, ale podle lokalizace ran v typických oblastech otlaku se jednalo spíše o ulcerace v terénu diabetické nohy. Dále v anamnéze intolerance diklofenaku, kyseliny acetylsalicylové, paracetamolu – nevolnost, zvracení, statinů – bolesti svalů. Dále i sporná alergie na jód – údajně po masti s obsahem jódu. Ale v minulosti v kožní ambulanci opakovaně použita antiseptická mast s obsahem jódu, aniž se alergická reakce objevila. Ani použití jodové antiseptiky při zavádění hemodialyzačního katétru alergickou reakcí nevyvolalo.

Dlouhodobě užívala tuto léčbu: dulaglutid 0,75 mg 1x týdně s. c., metformin 1 850 mg denně (vysazen 1/2024), glichidon 60 mg denně, fosinopril 20 mg denně, furosemid 62,5 mg denně, betaxolol 10 mg denně, kalium chloratum 500 mg denně, ezetimib 10 mg denně, diosmin/hesperidin 1 000 mg denně.

Nyní byla tato dosud soběstačná pacientka odeslána ambulanti diabetoložkou pro progresi renální insuficience, zhoršení defektů dolních končetin, celkové zhoršení stavu. Defekty DKK byly ambulantně ošetřovány do května 2023 ambulanti kožní lékařkou, v květnu 2023

byly zcela zahojené. Objevily se opět v lednu 2023 po nasazení léčby alopurinolem 100 mg a dapagliflozinem 10 mg v prosinci 2023. Dapagliflozin si sama vysadila po krátké době (údaje se liší od 1 dne po několik dnů) pro nevolnost, slabost. 6. 1. 2024 navýšena dávka alopurinolu na 200 mg. Poté se objevil celotělový svědivý exantém.

9. 1. alopurinol sama vysadila. Hospitalizaci, navrženou v lednu 2023, odmítla. Stav ale progredoval, exantém trval, méně močila, při kontrole na diabetologii zjištěna progresie renální insuficience. Opět navržena hospitalizace, se kterou souhlasila. Přijata 16. 2. na standardní interní oddělení.

Při vstupním vyšetření zjištěna obezita (BMI 42,17), hraniční krevní tlak (95/40 mm Hg). TT 36,2 °C, celotělový exantém s exfoliací kůže. Snížený turgor a oschlý jazyk. Jinak vyšetření hlavy, krku, trupu, srdce, plic a břicha bez pozoruhodností. Na PDK zjištěno zarudnutí pokožky celého bérce s povleklým defektem nad metatarsophalangeálním kloubem I. prstce, dalšími defekty na hřbetu nohy a na bérkách. Na LDK zarudnutí pokožky celého bérce s povleklými defekty – viz obrázek 2.

Defekty DKK vstupně vyšetřeny chirurgem – neshledána indikace k intervenci. RTG nohou DKK bez známek osteomyelitidy. V laboratoři vstupně elevace dusíkatých metabolitů (urea 31,8 mmol/l, kreatinin 410 $\mu\text{mol/l}$), hyperurikemie (463 $\mu\text{mol/l}$), vyšší CRP (74,6 mg/l), prokalcitonin v šedé zóně (0,72 $\mu\text{g/l}$). Dále přítomná mírná hyperkalemie (5,4 mmol/l), lehká hyperglykemie (6,6 mmol/l), ale známky dlouhodobě špatné kompenzace DM s HbA_{1c} 81 mmol/mol. Dále elevace NTproBNP na 5 378 ng/l. Jinak biochemie séra bez pozoruhodností. V krevním obraze leukocytóza ($14,1 \times 10^9/l$), anémie s HGB 105 g/l. Diferenciální rozpočet vstupně neproveden. V moči přítomny leukocyty, epitelie, bakterie, kvasinky. RTG srdce a plic s nálezem rozšíření srdečního stínu doleva, jinak bez pozoruhodností.

Obr. 2. Lokální nález na dolních končetinách u pacientky s defekty smíšené etiologie a DRESS syndromem

