

Kazuistika - pacientka s pásovým oparem

Lacko J.

Anamnéza a stav při přijetí

83letá žena přijata na neurologické oddělení Nemocnice v Třebíči pro levostrannou hemikranii, vertigo a nauzeu bez zvracení.

Dosud se léčila pro hypertenzní nemoc, dyslipidemii, tinnitus, osteoporózu. Je po cholecystektomii a prodělala TEP pravé kyčle před léty. V chronické medikaci je Tulip 20 mg, Micardis plus 80/12,5 mg, Tenaxum, Betahistin, Pentomer ret, Anopyrin 100 mg, Ascorutin, Caltrate.

Při přijetí KP komp., t.f. 74/min reg., TK 160/100, bez známek hypodratace, DKK bez otoků.

Neurologicky ameninegální, hyperpatie v zóně inervace n. V/I, bez centrální ložiskové symptomatologie. Provedeno CT mozku, bez známek akutní ischemie či krvácení.

V laboratoři vstupně zachycena hyponatrémie s hypoosmolalitou, normální renální a jaterní funkce. Podávány „neurostabilizační infuze“, s fyziologickým roztokem, a snahou o substituci sodíku, ale bez výrazného efektu na natrémii. Z analgetik podáván Nimesil 1-2x denně, a pro neuropatickou bolest přidán Neurotop.

Další vývoj

Během hospitalizace výsev herpetických morf v oblasti levé tváře, zavedena terapie Herpesinem a pacientka přeložena na infekční oddělení.

Zde po překladu rozvoj zmatenosti, nauzea a zvracení. V laboratoři zjištěna progresse hypoosmolality a hyponatrémie, klinicky bez projevů dehydratace či hyperhydratace, další infuze fyziologického roztoku bez efektu. Pro progresi hyponatrémie kontaktujeme z laboratoře ošetřujícího lékaře, po zjištění anamnestických údajů vyslovena suspekce na progredující diluční hyponatrémii. Podávání infúzí fyziologického roztoku zastaveno a proveden 24hodinový sběr moči, jehož výsledky svědčí pro diluční hyponatrémii při medikačně navozeném SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu) kombinací thiazidového diuretika a carbamazepinu. Micardis

plus vysazen, zavedena restrikce tekutin a p. o. přisolování. Následně dochází k vzestupu natrémie a zlepšení klinického stavu. Nadále již na terapii stabilní hodnoty natrémie.

Závěr

Jedná se o pacientku se vstupní chronickou hyponatrémií při dlouhodobé terapii thiazidovým diuretikem. Pro neuropatickou bolest však byl do terapie přidán karbamazepin, který je silným stimulatorem sekrece a potenciátorem účinku antidiuretického hormonu. Dochází proto k výrazné progresi a navození diluční hyponatrémie. Objevují se symptomy hyponatrémie jako je zmatenost, progresse nevolnosti, zvracení.

Diskuze

Diagnóza SIADH je podpořena klinickými údaji (riziková medikace, euvolemie – zpravidla nedochází k otokům - jsou normální jaterní a renální funkce). Dle sběru moče je pak zjištěna nižší diuréza, moč je výrazně hyperosmolální, je nízká frakční exkrece volné vody a též hodnota tzv. EWC (clearance bezsolutové vody) svědčí pro retenci vody ledvinou. Diagnózu pak podporuje též nález hypourikemie a zvýšená frakční exkrece kyseliny močové.

Infuze fyziologického roztoku jsou v tomto případě bez efektu, naopak mohou vést k další progresi hyponatrémie. Základními terapeutickými postupy je zavedení restrikce tekutin a p. o. přisolování stravy. V akutních případech lze podat kličkové diuretikum. V případě, že je známa příčina, je nutné její odstranění (jako v našem případě).

V klinické praxi se se SIADH setkáváme nejčastěji při onemocněních CNS, jako s paraneoplastickým syndromem (typicky při malobuněčném karcinomu plic), při plicních onemocněních (např. záněty) a při navození medikací (např. často používaná antidepressiva, antiepileptika, zejména při rizikové kombinaci s thiazidovými diuretiky).

Literatura

1. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia, G.Spasovski and others, European Journal of Endocrinology (2014) 170, G1-G47
2. Vnitřní prostředí, Antonín Jabor a kolektiv, Grada publishing a.s. 2008
3. Kritické stavy, Metabolická a laboratorní problematika, Antonín Kazda et al., Galén 2012

Tabulka 1 – Vstupní výsledky vyšetření při přijetí na Neurologické oddělení (3.2.)

Vyšetření	Koncentrace	Jednotky
Bilirubin	5,2	umol/l
ALT	0,33	μkat/l
AST	0,34	μkat/l
GGT	0,35	μkat/l
ALP	1,48	μkat/l
K	4,7	mmol/l
Na	128	mmol/l
Cl	92	mmol/l
Kreat	78	μmol/l
Urea	4,32	mmol/l
Gluk	5,3	mmol/l
Osm	270	mmol/kg

Tabulka 2 – Výsledky vyšetření po překladau na infekční oddělení (6.2.)

Vyšetření	Koncentrace	Jednotky
Bílkovina	62	μmol/l
Albumin	39	μkat/l
KM	175	μkat/l
TSH	5,88	μkat/l
FT4	15,6	μkat/l
K	4,2	mmol/l
Na	119	mmol/l
Cl	82,8	mmol/l
Kreat	68	μmol/l
Urea	3,65	mmol/l
Gluk	4,7	mmol/l
Osm	250	mmol/kg

Tabulka 3 – Výsledky vyšetření sběru moče a vypočtených parametrů (ze 6. na 7. 2.)

Vyšetření	Sérum	Moč	Jednotka	Parametr	Výpočet	Jednotka
Na	120	147	mmol/l	FE Na	0,0096	1/1
K	3,5	58,5	mmol/l	FE K	0,15	1/1
Osm	250	695	mmol/kg	FE Osm	0,021	1/1
Kreatinin	68	8730	μmol/l	FE H ₂ O	0,0078	1/1
KM	175	3111	mmol/l	FE KM	0,14	1/1
Diuréza	870		ml/24 hod	EWC	-0,00823	ml/s

Tabulka 4 – Přehled vývoje natriemie a osmolality během hospitalizace

	3.2.	4.2.	6.2.	7.2.	8.2.	9.2.	10.2.	11.2.	
Na	128,0	128,0	120,0	119,0	127,0	133,0	137,0	136	mmol/l
K	4,7	4,4	4,5	4,2	4,6	4,5	4,2	4,3	mmol/l
Cl	92,0	94,0	84,1	82,8	92,7	98,5	100,1	99,0	mmol/l
Osm	270	270	254	250	265	277	281	278	mmol/kg
Kreat	78			68		75			μmol/l