

85ti letý pacient odeslán k imunologickému vyšetření v 4/2021 pro kožní výsevy doprovázené dyzestéziemi s pruritem v oblasti končetin a obličeje. V srpnu 2020 se náhle objevil urtikarielní výsev pravého předloktí s intenzivním pruritem (tehdy pobýval více než tři týdny v bytě u své přítelkyně). Vyšetřen tamním dermatologem se suspekci po kousnutí hmyzem, doporučeny topické kortikoidy. Výsev vymizel během tří týdnů. Následovaly klidové období. V říjnu 2020 se začaly dostávat dyzestézie (popisoval jako štípání a mravenčení) s pruritem v oblasti všech prstů horních končetin s postupným přechodem na předloktí, následně na obličejovou část (frontálně a oblast levého ucha), s "divným" pocitem dřevěných lýtek více vpravo. Zpočátku byly potíže intermitentní, před vznikem dyzestézií se vždy dostavil kožní výsev charakteru tmavě červené papuly (jednalo se o ojedinelá izolovaná ložiska) v místech udávaných dyzestézií. Postupně kožní výsevy již jen nahodile. Trup byl bez postižení. Subjektivní potíže (pruritus, dyzestézie) progredovaly s akcentací ve večerních hodinách, respektive před usnutím, kdy byly nejintenzivnější, s rozvojem spánkové deprivace. Ke zmírnění dyzestézií aplikoval sprchu se střídáním teplé a studené vody. Atralgie nebo projevy atritického syndromu neudával, teploty zvýšené nebyly, zažívací potíže nepřítomny, pouze váhový úbytek (6 kilogramů) během tří měsíců při dodržování nízkohistaminové diety. Jiné potíže neudával.

Od října 2020 do března 2021 absolvoval následující vyšetření: 1. dermatologické s doporučením přeléčení Infectoscabem (permethrium) a vysazení antiuratika (Purinol). 2. interní bez vysvětlujícího nálezu. 3. stomatologické bez nálezu chronického zánětlivého fokusu. 4. alergologické, kde izolovaný laboratorní nález v podobě mírně zvýšené hladiny celkového IgE, uzavřeno jako histaminová intolerance s doporučením nízkohistaminové diety. Dle dodaných lékařských zpráv nebylo však možno najít nález (ať již klinický nebo laboratorní), jenž by byl asociován s histaminovou intolerancí. 5. ultrasonografie břicha s nálezem kalcifikací v prostatě a aortosklerózy břišní aorty. 6. gastrokopické se suspekci na Barretův jícn, dle Pražské klasifikace C0M, histopatologický nález v souladu s klinickou diagnózou Barretova jícnu; kultivační vyšetření na přítomnost *Helicobacter pylori* s negativitou, tak jako ureázový test. 7. rtg hrudníku až na aortosklerózu k věku přiměřený nález. 8. elektromyografie s nálezem demyelinizační senzitivně motorické polyneuropatie lehkého stupně, dle kliniky možný podíl neuropatie tenkých vláken.

Z anamnestických údajů: očkování bez komplikací, atopický ekzém nepřítomen, v dětství a dospělosti nebyl/není zvýšený sklon k infekcím nebo zánětům. Pacient se léčí s hypertenzní nemocí a hyperurikémií, sledován pro chronické onemocnění ledvin CKD G3aA1 na podkladě vs. benigní nefrosklerózy (bez proteinurie, renální funkce stabilní, mineralogram bez odchylek) a recentně diagnostikovaný Barretův jícn. Alergická anamnéza nepřítomna, z operací pouze fimóza, v minulosti fumator (25 let). Žije v suchém bytě, bez přítomnosti plísní, zvíře nechová. V minulosti pracoval jako technologický dozor v průmyslovém oboru. Chronicky užívá Isoptin SR 240mg 1-0-0 (verapamil, více než 30 let), Rhexluin 1-0-0 (hydrochlorothiazid a amilorid, déle než 25 let), Purinol (alopurinol, déle než 15 let), Omeprazol 20mg 1-0-0 (od 1/2021).

Při fyzikálním vyšetření pacient orientován všemi modalitami, spolupracující, bez dušnosti a ikteru. Hlava bez patologického nálezu, dutina ústní klidná, šje volná, lokální uzlinová reakce na krku negativní. Dýchání čisté, sklípkové, base suché. Akce srdeční pravidelná, klidná, dvě ozvy, bez šelestu. Břicho měkké, palpačně nebolestivé, diastáza přímých břišních svalů, ventrální hernie, slezina a játra nezvětšena, aperitoneální. Dolní končetiny bez otoků, pulzace dobře hmatné po arteria dorsalis pedis oboustranně, mírné známky chronické žilní insuficience. Kůže suchá, atrofická, s četnými senilními verukami, jinak bez dalšího výsevu.

Z provedených laboratorních vyšetření cestou imunologické ambulance - stolice na parazity (tři vzorky) negativní, moč chemicky bez nálezu, v sedimentu osm erytrocytů. Test na skryté krvácení ve stolici (3. generace) s negativitou. Elektroforeogram séra bez průkazu paraproteinu, normální obraz, FLC v séru zvýšené při jejich normálním indexu (tj. v rámci renální insuficience). Metabolismus železa uspokojivý, hladiny vitamínu B12 a kyseliny listové bez deficitu. Hypovitaminóza D. Euthyreóza, aTPO (protilátky proti thyroideální peroxidáze) negativní. Onkomarker PSA v referenčním intervalu. Serologie na infekční hepatitidy B, C s negativitou. Markery zánětu (CRP, FW, SAA) nízké, hemogram bez modifikace. ASLO nízké, hladiny celkových imunoglobulinů v referenčních intervalech až na diskrétní snížení IgM (0,32g/l) a zvýšení IgE (352 IU/ml) při normálních hodnotách ECP (eosinofilní kationický protein) a eosinofilů. Komplement bez konzumpce, cirkulující imunokomplexy nezvýšené, včetně CIK C1q. Kryoglobuliny nedetekovány. Z orgánově specifických a nespecifických autoprotilátek (ANA screening, anti-dsDNA, anti-C1q, ENA imunoblott, ANCA včetně ELISA, ASCA, APLA panel, paraneoplastický panel a periferních autoimunitních neuropatií) s hraniční pozitivitou ANA IgG NIF do

titru 1:160, v ENA imublottu pozitivní protilátky proti DFS70 a PM-Scl, ostatní negativní, s největší pravděpodobností se jednalo o nespecifické nálezy para/postinfekční etiologie. Hladina DAO (diaminooxidáza) včetně funkčního testu degradace histaminu (HNMT) se snížením. V buněčné složce normální zastoupení periferních imunocytů v absolutních počtech, v relativních diskrétní snížení CD19+ a zvýšení CD56+, tj. nespecifické reaktivní změny. Specifické IgE na konzervanty (kyselina benzoová, sorbová) s negativitou. V kontrolních odběrech přetrvávaly nízké markery zánětu, bez záchytu nových autoprotilátek, bez dynamiky.

Pacient odeslán ke konziliárnímu kožnímu vyšetření, nález na kůži chudý, probatorní excize nein-dikována. K přelčení suspektní urtikarie podána terapie dle Mnichovského schématu, zcela bez klinické odpovědi s doporučením kontroly při potřebě.

Při jedné z klinických kontrolách přináší fotografii, kde patrně 2-3 bodnutí v nepravidelné linii v oblasti horních končetin. Pacient poučen o sledování domácího prostředí, kdy náhle a nahodile ve večerních hodinách při ostrém osvětlení zpozoroval na lůžku oválky červenohnědé barvy, při palpaci pohyblivé, umístil do skleněné nádoby k podrobnému zkoumání s překvapivým nálezem, a to štěnice. Kontaktována deratizační firma s potvrzením infestace a provedení ošetření bytové jednotky ve 3 krocích (1. aerosol s dráždivou látkou, která vyžene štěnice z úkrytů, 2. postřik reziduálním insekticidem, 3. injekcí insekticidu do děr, štěrbin a prasklin), doposud realizováno celkem 2x. V klinickém obraze významně regredovaly subjektivní symptomy, zlepšena spánková hygiena, nicméně v časovém odstupu došlo k mírnému zhoršení pruritu, otázkou však je, zda se již nejedná o psychosomatickou stigmatizaci. Blíže posoudíme v čase při strategii watch and wait.

Cílem této kazuistiky je zdůraznit, jak je opět velmi důležitá opakovaná podrobná anamnéza a neopomíjet v dnešní době méně časté diagnózy, jako je například cimikóza. Lze předpokládat, že vlivem rozvoje měst a zvýšené migrace obyvatel s rozšířením letecké dopravy došlo k rozšíření/zavlečení štěnic na velké vzdálenosti a výskyt se tím stal kosmopolitní. Dále bych rád zdůraznil, že zatěžovat 85ti letého pacienta nízkohistaminovou dietou nebylo příliš vhodné, klinický efekt přítomen nebyl, pouze došlo k nežádoucímu váhového úbytku. Dlouho trvalo, než se pacientovi podařilo vysvětlit navrácení k racionálnímu stravování a že laboratorní nálezy mají v určitých případech informativní charakter. Váhovou ztrátu dohnal během necelého měsíce.

Štěnice se řadí do podřádu plošnice (Heteroptera) a tvoří samostatnou čeleď Cimicidae, do které se řadí celkem 23 rodů štěnic se 70–110 jednotlivými druhy. Necelá polovina těchto druhů je schopna parazitovat na člověku, činí však pouze příležitostně. Jenom dva druhy se přímo specializovaly na člověka, a to štěnice domácí (Cimex lectularius), která může mimo člověka napadat též holuby nebo netopýry, druhým zástupcem je štěnice tropická (Cimex hemipterus). Dospělé štěnice mají oválné tělo žlutohnědé nebo červenohnědé barvy, samičky dosahují délky 4–6 mm a šířky 3 mm, samečci jsou výrazně menší. Dospělá samička naklade denně až 12 vajíček, ze kterých se po 7–10 dnech líhne 1 mm velká nymfa bélové barvy. Nymfy již sají krev hostitele a postupně se přes pět vývojových stádií mění v dospělého jedince. Vývoj z vajíčka do dospělosti trvá průměrně 1–2 měsíce v závislosti na zevních podmínkách a dostupnosti potravy. Samička naklade za svůj život (1–1,5 rok) v průměru 500 vajíček. Štěnice je fotofóbní úkrytový parazit, většinu času tráví mimo hostitele. Plochý tvar štěnice umožňuje pobyt v úzkých štěrbinách. Ukřývají se v záhybech povlečení, matracích, sedacích soupravách, za obložením zdí nebo stropů, odchlípnutými tapetami, rámy obrazů nebo zrcadel. Na přítomnost štěnic můžeme usoudit při nálezu dospělých jedinců, nymf, vajíček, trusu v podobě hnědočervených skvrnek, způsobených zbytky nestrávené krve, které nacházíme zejména na zdech či ložním prádle. Štěnice vyhledává hostitele pomocí tepelných senzorů a je citlivá rovněž na oxid uhličitý vydechaný hostitelem. V noci, zejména k ránu, vylézají štěnice ze svých úkrytů a napadají zejména odhalené části lidského těla. Bodnutí je nebolestivé, jelikož během sání vypouští do rány sekret s anestetickými účinky. Sání krve trvá zhruba 5–20 minut v závislosti na vývojovém stadiu štěnice. Po nasátí krve se vrací zpět do svých úkrytů. Interval sání krve je přibližně 7–10 dnů. Při hladovění štěnic či jejich velkém počtu může být tato doba i typická lokalizace projevů pozměněna. Je velmi dobře známo, že štěnice mohou přetrvávat bez potravy i několik měsíců. Na odhalených částech těla (paže, nohy, záda, obličej) nacházíme typicky 2–3 bodnutí v nepravidelné linii, označovaná v americké literatuře trefně „snídaně, oběd, večeře“. Klinický obraz onemocnění je různorodý. Někteří napadení pozorují na kůži 2–3 mm velké erytérové makuly s patrnými vpichy, které nepříjemně svědí, u jiných mohou někdy vznikat i bulózní projevy připomínající erythema multiforme. Komplikací představuje zejména sekundární bakteriální infekce rozškrábaných projevů. Napadení lidé trpí kromě dlouhodobého svědění často nespavostí a psychickými stresem.