

## 13 Najczęstsze objawy główne

### 13.1 Gorączka nieznanego pochodzenia (ang. fever of unknown origin – FUO)

#### Podstawowe informacje

- ▶ **Gorączka:** podwyższenie temperatury ciała przez zmieniony układ termoregulacyjny podwzrózra (zmiana wartości zadanej). Dokładniejsze wartości w pomiarze rektalnym, poza tym zależność od rytmu dnia i dnia cyklu menstruacyjnego. Wartości prawidłowe: wczesnie rano rektalnie 36,5°C, w jamie ustnej 36,2°C, w dole pachowym 36,0°C, po południu wzrost o 0,7–1°C, po owulacji wartości wyższe średnio o 0,5°C.
- ▶ **Stany podgorączkowe:** 37,1–38°C w pomiarze rektalnym; **gorączka:** > 38°C w pomiarze rektalnym.
- ▶ **Typy gorączki** (bez wpływu na działania terapeutyczne):
  - **ciągła:** wahania w ciągu dnia < 1°C podczas infekcji bakteryjnej lub wirusowej,
  - **nawracająca:** wahania w ciągu dnia > 1°C, np. w posocznicy lub gruźlicy prosówkowej,
  - **przerywana:** wahania w ciągu dnia > 2°C z dreszczami i/lub reakcją układu krążenia typową dla posocznicy np. w bakteryjnym zapaleniu wsierdza,
  - **okresowa:** okresy wolne od gorączki w malarii trzy- i czterodniowej (łac. *malaria tertiana* i *quartana*),
  - **falująca:** przebieg podobny do kształtu fali z interwałami czasowymi przez wiele dni, typowa dla brucelozy lub choroby Hodgkina.
- ▶ **Gorączka nieznanego pochodzenia** (ang. *fever of unknown origin* – FUO): co najmniej przez 3 tygodnie ciągła gorączka > 38,3°C w pomiarze rektalnym, co mimo badań w trybie szpitalnym nie doprowadziło do postawienia rozpoznania. Podział: *klasyczne FUO* (zob. poniżej), *FUO pochodzenia szpitalnego* (zob. poniżej), *neutropeniczna FUO* (s. 563), *FUO w przebiegu HIV* (s. 588).

#### Najczęstsze przyczyny

- ▶ infekcje (30–40%),
- ▶ nowotwory złośliwe (20–30%),
- ▶ choroby autoimmunologiczne: kolagenozy, zapalenia naczyń (10–15%).

#### Postępowanie w gorączce nieznanego pochodzenia

- ▶ **Postępowanie/rozpoznanie różnicowe w klasycznej FUO:** ryc. 13.1 i tab. 13.1.
- ▶ **Postępowanie w FUO pochodzenia szpitalnego:**
  - **najczęstsze przyczyny:**
    - infekcje: dróg oddechowych (przede wszystkim zapalenie płuc, zatok), dróg moczowych, cewnik wewnątrznaczyniowy, zakażenia ran, pooperacyjnie, zapalenie pęcherzyka żółciowego,
    - gorączka polekowa, reakcje poprzetoczeniowe, zakrzepica, zatorowość płucna,
  - **diagnostyka podstawowa:**
    - sprawdzenia leczenia,
    - badanie fizykalne: szczególnie osłuchanie płuc, inspekcja ran i miejsc wkłuć, bolesne zatoki oboczne nosa,
    - badania laboratoryjne: gazometria, morfologia, transaminazy, fosfataza zasadowa, bilirubina, kreatynina, badanie ogólne moczu, krew na posiew,
    - badanie rtg klatki piersiowej,
    - USG jamy brzusznej, echokardiografia, ultrasonografia dopplerowska kończyn dolnych,
    - ewent. badanie rtg lub TK zatok obocznych nosa,
  - w razie potrzeby usunięcie cewnika i wysłanie jego końcówki do badania mikrobiologicznego.



Tab. 13.1 Diagnostyka różnicowa przy klasycznej gorączce nieznanego pochodzenia (FUO)

Prawdopodobne rozpoznanie	Odpowiednie badania potwierdzające
<p><i>choroby infekcyjne, szczególnie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bakteryjne zapalenie wsierdzia</li> <li>• gruźlica</li> <li>• infekcje urogenitalne</li> <li>• infekcje wątrobowo-żółciowe</li> <li>• ropnie jamy brzusznej, np. wątroby, śledziony, trzustki</li> <li>• zapalenie uchyłków przewodu pokarmowego</li> <li>• inne ropnie, np. zębów, zatok obocznych nosa, mózgu</li> <li>• zapalenie szpiku kostnego, zeszywniające zapalenie stawów</li> <li>• malaria</li> <li>• toksoplazmoza</li> <li>• dur brzuszny</li> <li>• brucelloza, leptospiroza</li> <li>• ornitozy, papuzice, gorączka Q</li> <li>• mononukleozą zakaźną</li> <li>• zakażenie HIV</li> <li>• cytomegalia</li> <li>• wirusowa zapalenie wątroby</li> <li>• choroba Whippla</li> </ul>	<p>echokardiografia przezprzełykowa, posiewy krwi badanie rtg klatki piersiowej, diagnostyka gruźlicy badanie ogólne i posiew moczu, USG transaminazy, bilirubina, USG, ERCP (MRCP) USG, TK</p> <p>USG, badanie rtg, TK badanie rtg, TK</p> <p>scyntygrafia układu kostnego</p> <p>wywiad tropikalny, rozmaz krwi serologia</p> <p>potwierdzenie patogenów we krwi/w stolcu, serologia</p> <p>wywiad zawodowy, posiew krwi, serologia, wywiad zwierzęcy, serologia</p> <p>rozmaz krwi, szybki test mononukleozowy serologia</p> <p>serologia</p> <p>transaminazy, serologia</p> <p>głęboka biopsja dwunastnicy</p>
<p><i>nowotwory złośliwe, szczególnie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• chłoniaki złośliwe</li> <li>• białaczki, zespół mieloproliferacyjny</li> <li>• nowotwór jasnokomórkowy nerki</li> <li>• nowotwór wątrobowokomórkowy</li> <li>• nowotwór okrężnicy</li> </ul>	<p>elektroforeza, USG, TK, biopsja węzła chłonnego, szpiku kostnego</p> <p>rozmaz krwi, fenotypowanie limfocytów, szpik kostny USG, TK</p> <p>USG, TK, alfa-fetoproteina</p> <p>kolonoskopia</p>
<p><i>kolagenozy, zapalenia naczyń, szczególnie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• toczeń rumieniowaty układowy (łac. <i>lupus erythematosus</i>)</li> <li>• olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic</li> </ul>	<p>przeciwciała przeciwjądrowe, przeciw-dsDNA</p> <p>OB, obraz kliniczny (s. 475)</p>
<p><i>inne schorzenia, szczególnie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• świńska grypa</li> <li>• zatorowość płucna, zakrzepica</li> <li>• gorączka polekowa (ang. <i>drug fever</i>)</li> <li>• krwawienia pozaotrzewnowe</li> <li>• sarkoidoza</li> <li>• śluzak przedsionka</li> <li>• hipertyreoza</li> </ul>	<p>monitorowanie temperatury ciała</p> <p>TK klatki piersiowej, USG</p> <p>wywiad chorobowy (np. allopurinol, antybiotyki, kaptopryl, cymetydyna, klofibrat, heparyna, metyldopa, nifedypina, fenytoina)</p> <p>USG, TK</p> <p>badanie rtg klatki piersiowej</p> <p>echokardiografia</p> <p>TSH</p>

## 13.2 Utrata masy ciała

### 13.2 Utrata masy ciała

#### Podstawowe informacje

- ▶ Wyjaśnienia wymaga każda niezamierzona utrata masy ciała bez oczywistej przyczyny, zwłaszcza gdy ubytek jest większy niż 5% masy wyjściowej w ciągu 6 miesięcy.
- ▶ Szybka utrata masy ciała rzędu > 0,5 kg/dobę przemawia za utratą płynów (np. w przedawkowaniu diuretyków, cukrzyca, łac. *diabetes mellitus*, moczówka prosta, łac. *diabetes insipidus*).
- ▶ Oszacowanie prawidłowej i żądanej masy ciała:
  - *prawidłowa masa ciała wg Brocca w kg*: wysokość (cm) – 100 (kobiety -10%),
  - *wskaźnik masy ciała* (ang. *body mass index* – BMI): BMI = masa ciała w kg/(wysokość ciała w m)<sup>2</sup>, normy BMI u mężczyzn 20–25, u kobiet 19–24.

#### Postępowanie w niejasnej utracie masy ciała

- ▶ **Wywiad lekarski:**
  - *wielkość utraty masy ciała*, ramy czasowe, zamierzona/niezamierzona, apetyt, nietolerancja pokarmów, awersja pokarmowa, zmiany w przyzwyczajeniach żywieniowych,
  - *inne dolegliwości*: zwiększone pragnienie, zaburzenia smaku, utrudnienia w połknięciu, spadek wydolności fizycznej, zwiększona skłonność do infekcji, ogólne poczucie choroby, bóle związane ze spożywaniem pokarmów,
  - *choroba podstawowa*: zwłaszcza wątroby i nerek, cukrzyca,
  - *przeszłość chorobowa, operacje*: resekcje żołądka, jelit, operacje lub zapalenie trzustki,
  - *stolec*: częstość wypróżnień, ilość, konsystencja, kolor, krew w stolcu,
  - *leki*, nadużywanie alkoholu, nikotyny, narkotyków (od kiedy?),
  - *wywiad socjalny*: obciążenie psychiczne, wywiad środowiskowy.
- ▶ **Badanie fizykalne**: objawy niedoborowe (np. obrzęki, wodobrzusze, wykwity skórne), stan uzębienia (ważna przyczyna u pacjentów geriatrycznych!), węzły chłonne, badanie *per rectum*, badanie kału.
- ▶ **Diagnostyka podstawowa**:
  - *badania laboratoryjne*: OB, morfologia, rozmaz krwi, stężenie glukozy we krwi, kreatynina, Na, K, Ca, AspAT, ALT, gammaGT, fosfataza alkaliczna, bilirubina, lipaza, LDH, żelazo, cholesterol, białko całkowite, albuminy, elektroforeza surowicy krwi (s. 240), wskaźnik Quicka/wartość INR, TSH, badanie ogólne moczu, krew utajona w kale, badanie pasożytnicze kału,
  - USG jamy brzusznej i gruczołu tarczycy,
  - badanie rtg klatki piersiowej w dwóch projekcjach.
- ▶ U pacjentów bez dolegliwości przeprowadzanie badań kontrolnych masy ciała i spisywanie protokołu spożywanych pokarmów.
- ▶ W podejrzeniu zespołu złego wchłaniania (objętościowe biegunki): s. 370.
- ▶ **Poszerzona diagnostyka** w razie dalszych wątpliwości (tab. 13.2):
  - gastroduodenoskopia,
  - kolonoskopia,
  - konsultacja ginekologiczna, urologiczna, laryngologiczna,
  - TK klatki piersiowej, jamy brzusznej,
  - uzupełniająca diagnostyka laboratoryjna: diagnostyka gruźlicy, test HIV, przeciwciała przeciwjadrowe, immunoelektroforeza, badanie moczu na obecność białka Bence-Jonesa, test z deksametazonem, test z ACTH, katecholaminy w dobowej zbiorce moczu.
- ▶ **Podejrzanie psychogenne braku łaknienia** (grec. *anorexia nervosa*):
  - zazwyczaj dojrzewające dziewczęta i młode kobiety (rzadziej mężczyźni),
  - rozbieżność między:
    - własnym postrzeganiem a odbieraniem przez osoby trzecie w odniesieniu do spożywania pokarmów,
    - poziomem odżywienia i demonstracyjnym spożywaniem pokarmów (potajemne wymioty),

- przewlekłe nadużywanie środków przeczyszczających i diuretyków (zwykle spadek  $K^+$ ), brak miesiączkowania.

### Diagnostyka różnicowa

Tab. 13.2 Rozpoznanie różnicowe niejasnej utraty masy ciała

Prawdopodobne rozpoznanie	Badania potwierdzające rozpoznanie
<b>apetyt prawidłowy lub zwiększony:</b>	
<p><i>niedostateczne wykorzystanie składników odżywczych pokarmu:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zespół złego wchłaniania</li> <li>• cukrzyca (łac. <i>diabetes mellitus</i>)</li> <li>• zakażenie pasożytnicze jelit</li> </ul>	<p>wywiad lekarski: biegunki objętościowe przyczyny: s. 369</p> <p>stężenie glukozy we krwi, HbA<sub>1c</sub></p> <p>badanie kału (np. na pasożyty, na jaja pasożytów, na cysty lamblii)</p>
<p><i>zwiększone zapotrzebowanie na składniki pokarmowe:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hipertyreoza</li> <li>• zespół Cushinga</li> <li>• pheochromocytoma</li> </ul>	<p>stężenie TSH</p> <p>objawy kliniczne, test z deksametazonem</p> <p>katecholaminy w dobowej zbiórce moczu</p>
<b>apetyt zmniejszony:</b>	
<p><i>choroby wyniszczające:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nowotwory</li> <li>• przewlekłe infekcje</li> </ul>	<p>diagnostyka guzów (zob. powyżej)</p> <p>objawy kliniczne, OB</p>
<p><i>psychogenne:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jadłowstręt psychiczny, bulimia</li> <li>• uzależnienie od alkoholu, nikotyny, narkotyków</li> <li>• depresja, demencja</li> </ul>	<p>wywiad lekarski</p>
<p><i>leki:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• glikozydy naparstnicy</li> <li>• leki przeciwbólowe, przeciwreumatyczne</li> <li>• immunosupresanty, cytostatyki</li> <li>• antybiotyki, leki przeciwgrzybicze</li> <li>• preparaty żelaza</li> <li>• neuroleptyki, leki przeciwdepresyjne</li> <li>• preparaty hormonalne</li> <li>• sympatykomimetyki, parasympatykomimetyki, sympatykolityki</li> </ul>	
<p><i>inne przyczyny:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• marskość wątroby</li> <li>• niewydolność nerek</li> <li>• choroby laryngologiczne, stomatologiczne</li> <li>• niewydolność serca</li> <li>• choroba Addisona</li> </ul>	<p>transaminazy wątrobowe, wskaźnik Quicka/wartość INR, USG</p> <p>kreatynina</p> <p>konsultacje laryngologiczna i stomatologiczna</p> <p>objawy kliniczne, rtg klatki piersiowej</p> <p>spadek Na, wzrost K, test z ACTH</p>

## 13.3 Obrzęki

## 13.3 Obrzęki

## Podstawowe informacje

- ▶ **Definicja:** patologiczne nagromadzenie płynów w przestrzeni śródmiąższowej (wewnątrz- i zewnątrznaczyniowej).
- ▶ **Typowo:** ucisk – tworzenie się wgnieceń pod naciskiem palca (z wyjątkiem wtórnego włóknienia), w żylnych obrzękach kończyn dolnych zazwyczaj są oszczędzone palce, które są zajęte w obrzęku limfatycznym (podział, tab. 13.3). W obrzękach żylnych występuje sine siateczkowanie zabarwienie skóry i wzmożony rysunek żylny.
- ▶ Do różnicowania (nie ulega uciskowi):
  - *obrzęk śluzowaty:* nieprawidłowe odkładanie się mukopolisacharydów w przestrzeni międzykomórkowej. Występują:
    - uogólniony obrzęk śluzowaty w hipotyreoizie,
    - przedgoleniowy obrzęk śluzowaty w immunologicznej hipertyreozie (choroba Basedowa) wraz z powiększonymi porami skóry i pulchną konsystencją,
  - *obrzęk tłuszczowy:* atypowe i symetryczne nagromadzenie tkanki tłuszczowej przede wszystkim na biodrach, udach i ramionach ze wzmożoną skłonnością do wylewów krwawych i do ortostatycznie uwarunkowanego tworzenia się obrzęków. Postępujące schorzenie, występujące jedynie u kobiet.

## Najczęstsze przyczyny

- ▶ **Obrzęki miejscowe:**
  - *ostre, odgraniczone:* alergiczne, zapalne, pourazowe,
  - *ostre, w obszarze całej kończyny:* zakrzepica,
  - *przewlekłe:* przewlekła niewydolność żylna, zespół pozakrzepowy.
- ▶ **Obrzęki uogólnione:**
  - niewydolność prawokomorowa serca,
  - obrzęki w przebiegu hipoalbuminemii (stężenie albumin w surowicy < 2,5 g/dl).

## Postępowanie w obrzęku miejscowym, jednostronnym

- ▶ Nagle pojawiający się obrzęk miejscowy nie sprawia zazwyczaj problemów diagnostycznych przy odpowiednio zebranych wywiadzie lekarskim. W zajęciu całej kończyny musi zostać wykluczona zakrzepica żylna (s. 317) (USG duplex, ewent. badanie flebograficzne). Przewlekły jednostronny obrzęk zazwyczaj kończyny dolnej.
- ▶ **Wywiad lekarski:** wcześniejsze wystąpienie zakrzepicy, urazów, operacji, radioterapii, róży, znane schorzenia nowotworowe, pobyt w krajach tropikalnych.
- ▶ **Badanie fizykalne:** żylaki, troficzne zmiany skórne, zajęcie palców (obrzęk limfatyczny), węzły chłonne (przede wszystkim pachwinowe, pachowe), badanie *per rectum* (odbytnica, szyjka macicy, nowotwór prostaty), badanie palpacyjne gruczołów sutkowych (przede wszystkim w obrzęku kończyn górnych).
- ▶ **Diagnostyka podstawowa:**
  - *badania laboratoryjne:* OB, rozmaz krwi, kreatynina, elektrolity, gamma-GT, LDH, wskaźnik Quicka lub wartość INR, badanie ogólne moczu,
  - *USG:* jamy brzusznej (włączając miednicę małą i naczynia),
  - *badanie rtg klatki piersiowej* w dwóch projekcjach,
  - konsultacja ginekologiczna lub urologiczna.
- ▶ **Diagnostyka rozszerzona** (w przypadku nadal niejasnej przyczyny):
  - TK jamy brzusznej, miednicy,
  - kolonoskopia,
  - ewent. scyntygraficzna ocena zaburzeń krążenia chłonki (w podejrzeniu pierwotnego obrzęku limfatycznego).

### Postępowanie w obrzęku obustronnym i uogólnionym

- ▶ Jeśli są zajęte obie kończyny dolne, najczęściej nie jest możliwe bezpośrednie odróżnienie obrzęku miejscowego od uogólnionego.
- ▶ **Wywiad lekarski:** zob. powyżej, dodatkowo duszność, utrata masy ciała, biegunka, znane choroby wątroby, nerek i trzustki, uzależnienie od alkoholu, leki.
- ▶ **Badanie fizykalne:** zob. powyżej, dodatkowo zwrócenie uwagi na: obrzęki okołoooczdowe, kończyn górnych lub worka mosznowego, wysięk opłucnowy, wodobrzusze, zastój płucny, objawy marskości wątroby (s. 404), zespół Cushinga (s. 524), objawy niedoborowe.
- ▶ **Diagnostyka podstawowa:**
  - *badania laboratoryjne:* OB, morfologia z rozmazem, stężenie glukozy we krwi, kreatynina, Na, K, Ca, AspAT, ALAT, gamma-GT, fosfataza zasadowa, cholinoesteraza, bilirubina, lipaza, LDH, białko całkowite, albuminy, elektroforeza surowicy krwi (s. 240), wskaźnik Quicka lub wartość INR, TSH, badanie ogólne moczu,
  - *USG:* jamy brzusznej (m.in. wodobrzusze, wysięk płuc, naczynia),
  - *EKG,*
  - *badanie rtg klatki piersiowej* w dwóch projekcjach,
  - *echokardiografia.*
- ▶ **Diagnostyka rozszerzona** (w przypadku nadal niejasnym, tab. 13.3):
  - w izolowanych obustronnych obrzękach kończyn dolnych poszerzona diagnostyka jak w przypadku jednostronnego obrzęku (zob. powyżej),
  - z towarzyszącym białkomoczem: s. 212, w podejrzeniu kłębuszkowego zapalenia nerek (hematuria, białkomocz, ewent. nadciśnienie tętnicze krwi): s. 419,
  - w podejrzeniu zespołu złego wchłaniania lub jelitowej utraty białka (biegunka, hipoproteinemii, nieobecność niewydolności wątroby, białkomoczu): s. 369,
  - z towarzyszącą hipoproteinemią i nadal niejasnym rozpoznaniem: poszukiwanie choroby nowotworowej (s. 148).