



však už dříve neměl efekt. Oba lékaři doporučují psychiatrické vyšetření. Ve stejný den 8. srpna neurolog žádá klinického farmaceuta o doporučení. Ten navrhuje nasazení pregabalínu a DHC, na průlomovou bolest pak metamizol.

Vyčerpání a zoufalost

Žena stále trpí bolestmi, a proto přichází i 9. srpna na akutní ošetření. Na úrazové ambulanci lékař chirurg konstatuje psychogenní nástavbu, kancerofobii a na zduřelé lymfatické uzliny v tříselech pohlíží jako na lipomy. Ordinoval vyšetření ultrazvukem, kde se objevuje cysta sleziny. Celkově návštěvu uzavírá jako depresi s nespavostí, doporučuje akutní psychiatrické konzilium, pacientce nepodává analgetika ani tuto léčbu neupravuje. Psychiatr tentýž den popisuje anxiózní ladění ve vazbě na bolest, nevidí depresivní syndrom a stav uzavírá jako situačně podmíněnou neurózu. Pacientce je nabídnuta i psychiatrická hospitalizace, především v reakci na pozorovanou zoufalost z důvodu neustupující bolesti, kterou však v tu chvíli odmítá. Dne 10. srpna jsou provedeny odběry na serologii borreliózy, toxoplazmozy, EBV, CMV a HIV v rámci infektologie. Lékař při tomto vyšetření popisuje lymfadenopatii a proběhnuvší exantém.

Rozuzlení

V zoufalosti pacientka přichází 16. srpna se stálými bolestmi na ambulanci psychiatrie a žádá o přijetí, je jí vyhověno. Na hospitalizaci nastupuje 19. srpna. Ve vstupním psychopatologickém popisu dominuje subdepresivní ladění, výrazná anxieta vázaná na bolest, iniciační insomnie. Vstupně pacientce upravujeme medikaci pro podporu spánku (volíme trazodon), pro zmírnění tenze ordinujeme alprazolam, který dle pacientky posílil analgetický efekt. Následně 20. srpna kontaktujeme

Tab. 2. *Garinův-Bujadouxův-Bannwarthův syndrom (upraveno dle Weber, Klaus; Burgdorfer, Willy Aspects of Lyme Borreliosis. Springer Science & Business Media 2012)*

Garinův-Bujadouxův-Bannwarthův syndrom
Nejčastější neurologická manifestace lymeské boreliózy v Evropě
Jedná se o lymfocytární meningitidu s radikulopatií
Symptomy: Bolesti hlavy a úporné bolesti nervových kořenů zejména v oblasti krční a bederní, často noční maxima. Postižení si obvykle stěžují parestezie okrajových částí těla. Někdy se mohou vyskytnout obrny některých svalů, např. svalů mimických při narušení funkce lícního nervu. Potíže jsou provázeny únavou, nechutenstvím a nevykonností

infekční kliniku pro výsledky sérologie, lékařka se v telefonu omlouvá, že na výsledky zapomněla, po jejich dohledání konstatuje pozitivitu IgG a IgM protilátek proti borelióze, doporučuje provedení lumbální punkce. Snažíme se domluvit překlad na infekční kliniku, v tom nám konziliární lékař infekční kliniky nevyhovuje. Den poté je provedeno vyšetření očního pozadí před lumbální punkcí, následně je vykonána. S tím přichází i doporučení stran nasazení intravenozního antibiotika (Ceftriaxon). Pro silné bolesti pacientce podáváme DHC a nárazově fentanyl, oba léky jsou v analgoterapii efektivní. Dne 22. srpna výsledky lumbální punkce prokazují nález neuroborreliózy, infekční klinika přejímá pacientku k následné péči do stacionáře k aplikaci intravenozní antibiotické terapie. Konečným nálezem je neuroinfekce bakterií borreli Burgdorferi s plným vyjádřením Bannwarthova syndromu (tabulka 2). Po měsíci od propuštění z psychiatrického oddělení je pacientka plně bez bolestí, bez akutní psychiatrické problematiky. Je jí doporučena pravidelná kontrola na infekční ambulanci v rozestupu dvou měsíců po dobu dvou let.