

V té chvíli se pacient dostal do péče resuscitačního oddělení. Zde byly zajištěny invazivní vstupy, titrovala se analgosedace a volumoterapie, souběžně proběhla konzultace neurochirurga, který indikoval magnetickou rezonanci. Tenzní pneumocefalus je akutním stavem. Indikace magnetické rezonance mohla v tomto případě odložit kauzální terapii (evakuace z návrtnu). Tato obava byla s neurochirurgem konzultována, ten trval na magnetické rezonanci mozku. Jeho argumentací byla neznámá etiologie tenzního pneumocefalu.

Po provedení návrtnu pneumocefalu se postupně snižovala analgosedace. K plánovanému odpojení od ventilátoru nedošlo pro rozvoj nozokomiální infekce, nasadila se cílená antibiotická terapie a 12. den hospitalizace se provedla operační tracheotomie. Na našem pracovišti je většina tracheotomií prováděna operačně lékařem oboru ORL. V rámci diferenciální diagnostiky se doplnilo ORL a stomatologické konzilium, bez nutnosti jejich intervence.

Pravidelně se opakovala CT nativní vyšetření mozku, každé dva až tři dny. Nález byl nadále stejný, bilaterální tenzní pneumocefalus ve frontální oblasti. Po prokázání komunikace pneumocefalu s paranasálními dutinami na CT vyšetření mozku začal neurochirurg zvažovat rozsáhlejší operační výkon. Ten z důvodu následující rychlé progresy již nestihl proběhnout.

Došlo k prohloubení oběhové nestability, sinusové bradykardie s nutností kompresí hrudníku. Jednalo se o monitorovanou zástavu, stav byl rychle vyřešen. Novým klinickým nálezem byl emfyzém pravé dolní končetiny a bylo doplněno akutní CT vyšetření mozku, pánve, břicha a pravé dolní končetiny.

Na CT obraze dominoval objemný tumor rekta v distální a střední třetině rekta, který prorůstal intramurálně. Bublínky plynu v pá-

teřním kanálu způsobil perforovaný tumor rekta do retroperitonea. *E. Coli* cestou přes páteřní kanál do oblasti hlavy způsobila tenzní pneumocefalus.

Jedním z vodítek ke stanovení dřívější diagnózy karcinomu rekta mohl být nález *E. coli* v moku z lumbální punkce (3. hospitalizační den). Dále úbytek váhy za posledního půl roku (30 kg) je u onkologického onemocnění častý a mohl být dalším vodítkem v pátrání po onkologickém onemocnění. Tento anamnestický údaj byl od bývalé manželky doplněn, ale nebyl zdokumentován ve zdravotnické dokumentaci a tato informace se bohužel nepředala dál. Na tomto údaji lze jen demonstrovat, jak je řádné vedení zdravotnické dokumentace důležité. Na lůžkových odděleních nelze vždy zajistit kontinuitu péče, a i přes veškerou snahu, nemohou být všechny údaje při ranních vizitách předány.

Na uvedené kazuistice lze demonstrovat partikulizaci medicíny, která bohužel stále ve větší míře proniká do naší každodenní práce. Neurochirurg po primární kauzální léčbě zvolil spíše vyčkávací strategii. Ordinoval opakovaně zobrazovací vyšetření a volil spíše konzervativní řešení stavu. Chirurg se naopak snažil vyřešit tumor rekta radikálně v co nejkratším časovém období. Vzhledem k hemodynamické nestabilitě pacienta a nemožnosti podstoupit rozsáhlejší operační zákrok se nakonec přiklonil po dohodě s ošetřujícím lékařem k výkonu menšího rozsahu.

Tato kazuistika slouží jako připomínka vzácného důvodu vzniku pneumocefalu, který může mít velmi rychlý průběh. Willem Osler na počátku dvacátého století formuloval pozoruhodnou myšlenku: „Nejlepší výuka medicíny je ta, která je vyučována samotným pacientem“ [10].

Kazuistika byla publikována s ústním souhlasem manželky pacienta před svědkem. Souhlas byl zdokumentován v epikríze pacienta.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Práce je původní a nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Autoři prohlašují, že nemají střet zájmů v souvislosti s tématem práce. **Podíl autorů:** Všichni autoři rukopis četli, souhlasí s jeho zněním a zasláním do redakce časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína. **Financování:** N/A. **Poděkování:** Rád bych poděkovala doc. MUDr. Tomáši Gabrhelíkovi za odborné vedení a inspirativní podněty. Dále děkuji MUDr. Tomáši Grausovi za věnovaný čas a předání cenných zkušeností. **Registrace:** N/A. **Projednání etickou komisí:** N/A.

LITERATURA

1. Komolafe EO, Faniran EA. Tension pneumocephalus – a rare but treatable cause of rapid neurological deterioration in traumatic brain injury. A case report. *African Journal of Neurological Sciences*. 2011;29:88-91.
2. Śmiłowska K, Sznajder-Stacha K, Kocylowski D, Popek A, Rozpondek K, Grechuta M, et al. Pneumocephalus as a rare complication: a systematic review plus clinical vignette. *Neurol Neurochir Pol*. 2021;55(3):253-268. doi: 10.5603/PJNNS.a2021.0014. Epub 2021 Feb 5. PMID: 33543469.
3. Harvey JJ, Harvey SC, Belli A. Tension pneumocephalus: the neurosurgical emergency equivalent of tension pneumothorax. *BJR Case Rep*. 2016 May 8;2(2):20150127. doi: 10.1259/bjrcr.20150127. PMID: 30363668; PMCID: PMC6180885.
4. Jayaram S, Jadhav S, Rathod D, Tarvade S, Sornan A. Meningitis: an unusual cause of pneumocephalus. *J Assoc Physicians India*. 2004 Jan;52:67-8. PMID: 15633724.
5. Clement AR, Palaniappan D, Panigrahi RK. Tension Pneumocephalus. *Anesthesiology*. 2017 Oct;127(4):710. doi: 10.1097/ALN.0000000000001703. PMID: 28537932.
6. Pulickal GG, Sitoh YY, Ng WH. Tension pneumocephalus. *Singapore Med J*. 2014 Mar;55(3):e46-8. doi: 10.11622/smedj.2014041. PMID: 24664394; PMCID: PMC4293999.
7. Penrose-Stevens A, Ibrahim A, Redfern RM. Localized pneumocephalus caused by *Clostridium perfringens* meningitis. *Br J Neurosurg*. 1999 Feb;13(1):85-6. doi: 10.1080/02688699944285. PMID: 10492695.
8. Osborn AG, Daines JH, Wing SD, Anderson RE. Intracranial air on computerized tomography. *J Neurosurg*. 1978 Mar;48(3):355-9. doi: 10.3171/jns.1978.48.3.0355. PMID: 632860.
9. Zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách. Verze 29. [Internet]. 2023 [cited 8. 10. 2023]. Available from: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.
10. Mihál V. Proč a jak psát kazuistiku? *Pediatr. praxi*. 2003;3:149-51.