

V kazuistice „Oportunní infekce“ jsme se seznámili s HIV pozitivním pacientem se syndromem získané imunodeficiency klinické kategorie C (CMV kolitida, CMV gastritida, clostridiová kolitida, kandidóza jícnu a orofaciální oblasti, Kaposiho sarkom na tvrdém patře). V níže uvedeném textu bych Vás rád seznámil s dalším vývojem zdravotního stavu pacienta.

Za 14 dní po zahájení antiretrovirové terapie, tj. v druhé polovině srpna 2016, byl pacient přijat k hospitalizaci na infekční oddělení pro projevy horního dyspeptického syndromu (anorexie, nauzea, pocit plnosti po jídle s tlakem v horní polovině břicha při minimálním per os příjmu) doprovázený horečnatým stavem až 39 °Celsia. Tehdejší aktuální medikace - Clexane (enoxaparin) 0,6 ml s.c. 1x denně, Cipralex (escitalopram) 20 mg 1-0-0, Helicid (omeprazol) 20 mg 1-0-1, Mycomax (flukonazol) 100 mg 1-0-0, Cotrimoxazol AL forte (sulfamethoxazol a trimethoprim) 1-0-0, Valcyte (valganciklovir) 450 mg 0-0-2, Truimeq (trojkombinační preparát abacavir, dolutegravir a lamivudin) 0-0-1.

Vstupní laboratorní testy s normálním iontogramem včetně renálních funkcí, marker zánětu CRP 98 mg/l, v krevním obraze normocytární normochromní anémie (hladina Hb 102 g/l), trombocyty a leukocyty v referenčním intervalu. Recentní gastrokopické vyšetření s nálezem těsné stenózy zvrhovatelého bulbu duodena. Biopsie na *Helicobacter pylori* pozitivní, zahájena eradikační terapie (amoxicillin v kombinaci s klarithromycinem). Rtg pasáž horního zažívacího traktu per os vodnou kontrastní látkou bez prokázané poruchy pasáže, slizniční reliéf duodena pravidelný, kontrastní látka volně pokračovala do duodena. CT břicha prokázalo zesílení stěny pyloru a bulbu duodena. Zahájena parenterální nutrice, zavedena nasogastrická sonda, která odváděla značné množství odpadu. V časovém odstupu odstraněna nasogastrická sonda, ale pokus o perorální zatížení stravou neúspěšný. Subjektivně přetrvávala nauzea, pocit plnosti a těžkosti v horní polovině břicha s nechutenstvím a odporem k jídlu.

Při kontrolním gastrokopickým vyšetření přetrvávala těsná stenóza pyloru, histologická vyšetření nepřinesla rozhodnutí mezi zánětem a tumorem.

V diferenciální diagnostice stenózy pyloru připadal v úvahu otok při imunorestitučním zánětlivém syndromu v rámci AIDS, ale i tumorózní etiologie, i když histologická vyšetření opakovaně negativní.

Vzhledem k vyčerpání konzervativního postupu a přetrvávajícím symptomům indikováno chirurgické řešení. Stav komplikován infekcí uropoetického traktu (*Escherichia coli* a *Enterobacter cloacea*) při psychogenní močové retenci s následnou komplikací charakteru kanylové sepse - *Staphylococcus epidermidis*. Po залéčení zánětlivých stavů a intenzivní parenterální nutrici, přechodně i enterální nutrici (formou zaplavené sondy; později mechanické komplikace) podstoupil resekci žaludku Billroth I.

Histologicky se jednalo o adenokarcinom z prstenčitých buněk, nádorové buňky byly zastíženy i v resekční linii, operační výkon hodnocen jako neradikální. Proto indikována rozšířená resekce žaludku (Billroth II), z histologického vyšetření již bez známek adenokarcinomu, uzliny negativní. Po výkonu došlo k rozvoji „syndromu malého žaludku“ s povolenou úpravou. Vzhledem k předchozí intenzivní ATB terapii rozvoj průjmovitého onemocnění s pozitivitou antigenu i toxinu *Clostridium difficile* ve stolici, z důvodu recidivy a imunodeficitu podán fidaxomicin s následnou zajišťovací terapií vankomycinem per os.

Dle infekcionisty je prognóza HIV u pacienta dobrá a to i s výhledem desetiletí. Po čtyřech týdnech antiretrovirové terapie pokles virové nálože z 302000 kopií/ml na 155 kopií /ml, po dalších dvou týdnech na 80 kopií/ml, v buněčné imunitě vzestup CD3+/CD4+ z v absolutních počtech 0,08 na 0,11, za dalších 14 dnů kontrolní virová nálož na hranici detekce (tj. za dva měsíce od zahájení antiretrovirové terapie), CD3+/CD4+ se vzestupem na 0,14. Oportunní infekce při zajišťovacích terapiích „pod kontrolou“.

Pacient je tedy daleko více ohrožen tumorem žaludku, proto rozhodnuto (za souhlasu pacienta) o adjuvantní onkologické léčbě, a to chemoterapii FUSA (5-fluorouracil v kombinaci s leucovorinem) s následnou radioterapií po předchozí nutriční přípravě.