

Kazuistika – Opportunní infekce

J. Novák

59letý pacient přijat na interní oddělení v červenci 2016 k vyšetření dolního dyspeptického syndromu. Potíže se objevily od června 2016, byly charakteru křečovitých bolestí břicha následované vodnatou stolicí zelené barvy s příměsí hlenu, frekvence stolic cca 10krát za den s určitou vazbou po jídle. Ve stolici krev nepřítomna. Postupně se rozvinulo poměrně intenzivní nechutenství, schopen popíjet pouze nutridrinky, během měsíce došlo k váhovému úbytku cca 10 kilogramů. Ve večerních hodinách intermitentní subfebrilie s maximem do 37,5° Celsia.

Fyzikální vyšetření bez pozoruhodností, oběhově stabilní. V osobní anamnéze přítomna hypertenzní nemoc, alergické asthma bronchiale, stav po trombóze transverzálního sinu vlevo, stav po spontánním pneumothoraxu vpravo, stav po aseptické meningitidě a stav po traumatické ruptuře sleziny s nutností splenektomie. Exkuřák. V chronické medikaci - inhalační terapie (salmeterol/ fluticason 50/500, salbutamol jako SOS terapie), nebivolol, kumarinový preparát. Z alergické anamnézy anafylaktická reakce po penicilinu; roztoči, jarní pyly stromů.

V lednu tohoto roku ambulantně absolvoval kolonoskopické vyšetření s nálezem benigního polypu v oblasti sigmoidea. Ultrasonografické vyšetření břicha a rentgen hrudníku onkonegativní. Na jaře 2016 užíval antibiotickou terapii při akutní bronchitidě.

Ve vstupní laboratoři zvýšené ukazatele zánětu FW 79/110, CRP 40 mg/l, beta2mikroglobulin 5051 ug/l, trombocyty 752 10⁹/l, v krevním obraze mikrocytární hypochromní anémie, dle metabolismu železa (Fe-1,3 umol/l, FeVK-38,9 umol/l, transferin 1,4 g/l a ferritin-770 ug/l) se jednalo o anémii chronických chorob.

Provedeno kolonoskopické vyšetření s nálezem nespecifické hemorhagicko-hnisavé kolitidy celého tlustého střeva (difúzně erythematózní ohraničené kruhové oblasti s ojedinělou drobnou vředovou lézí krytou fibrinem), odebrána etážová biopsie.

Vzhledem k anamnestickému údaji užívání ATB terapie odebrána stolice na vyšetření zejména antigenu a toxinu Clostridium difficile, dále na viry (adenoviry, rotaviry, noroviry, caliciviry, enteroviry a astroviry) a zhotoven klasický výtěr z rekta na kulturační vyšetření. Z mikrobiologického oddělení hlášena pozitivita Clostridium difficile (jak kultivačně, tak potvrzení antigenu a produkce toxinu B),

zahájena perorální léčba vankomycinem a parenterálně metronidazolem. Pro úporné nechutenství doplněno gastrokopické vyšetření s nálezem kandidózy jícnu od Kiliánova ústí až ke kardii, jež kulturačně potvrzena, dále přítomna tumorózní tkáň s relativní stenózou bulbu duodena, vycházející od D1 přes pylorus k antru v oblasti zadní stěny, odebrány vzorky k histologickému vyšetření. Zahájena antimykotická léčba itraconazolem.

Vyšetřeny onkomarkery CEA, C19-9 a C72-4 s negativitou. Histologické vyšetření ze vzorků sliznic tlustého střeva s překvapivým nálezem – v lamina propria patrná kulatobuněčná zánětlivá infiltrace, fokálně s kryptitidou a atypickými stromálními a endoteliálními elementy místy s intranukleárními inkluzemi, imunohistochemické vyšetření s protilátkou CMV bylo pozitivní. Jednalo se o CMV kolitidu. Identické histologické vyšetření ze sliznic žaludku – v lamina propria též „atypické“ elementy s intranukleárními inkluzi, které měly histologický charakter „owls-eye“ při infekci CMV, přítomnost CM viru prokázána i imunohistochemicky. Dále přítomna středně těžká kolonizace Helicobacterem pylori, jednalo se o Helicobacter pozitivní chronickou aktivní gastritidu a histologické známky CMV infekce. Vzhledem k histologickému nálezu a symptomům pacienta po konzultaci s ATB střediskem zahájena léčba gancyklovirem 375 mg á 12 hodin parenterálně. Serologické vyšetření CMV pouze s přítomností anamnestických protilátek (IgG).

Vzhledem k přítomnosti oportunní infekce doplněna serologie na HIV, jež pozitivní (resp. reaktivní), odesláno do Referenčního centra pro AIDS v Praze s potvrzením pozitivity HIV-1, počet kopií viru 302000/ml.

Druhá polovina pobytu na interním oddělení komplikována hematemezi, provedeno urgentní gastrokopické vyšetření s nálezem difúzního slizničního krvácení při základním onemocnění, pacient přeložen na monitorované JIP lůžko, kontinuálně podáván inhibitor protonové pumpy, upravena iatrogení koagulopatie při antikoagulační terapii (mražená plazma, vitamin K), vzhledem k poklesu hladiny hemoglobinu podány erymasy. Kontrolní gastrokopické vyšetření již bez známek krvácení. Během pobytu na JIP oddělení tlakově stabilní, EKG monitorace bez záchytu maligních arytmií či poruch A-V vedení, kontrolní hladiny hemoglobinu uspokojivé.

Doplněno vyšetření buněčné imunity k určení počtu CD3/CD4+ T lymfocytů s předpokládanou nízkou hodnotou, jež potvrzeno, v referenčních hodnotách 5,0 %, v absolutním počtu 0,12.

Z výše uvedeného jsme u pacienta diagnostikovali syndrom získané imunodeficience na podkladě HIV infekce, dle klinických symptomů klinická kategorie C (CMV kolitida a gastritida, Clostridiová kolitida, kandidóza jícnu a orofaciální oblasti). Pacient prezentován na spádovém krajském infekčním oddělení s následným překladem na jejich oddělení.

Ohledně antikoagulační terapie - v roce 2013 prokázána MR venografií trombóza transverzálního splavu vlevo, v časovém odstupu po zahájení antikoagulační terapie došlo při kontrolní MR venografii ke kompletní rekanalizaci, tehdy trombofilní screening negativní (avšak ne zcela kompletní, chybělo dovyšetření lupus antikoagulans a APCL panelu), tehdy se jednalo o 1. verifikovanou trombózu, avšak dle anamnézy šlo uvažovat o trombóze žilních splavů již v roce 2011 (obdobné subjektivní potíže), která však tehdy nebyla zobrazovacími metodami verifikována, vzhledem k tomuto pacient bude profitovat z life-long antikoagulační terapie.

Při pobytu na krajském infekčním oddělení provedeno CT mozku, které neprokázalo mozkovou toxoplazmózu, v séru přítomny pouze anamnestické protilátky (IgG). Oční vyšetření bez průkazu CMV

nebo HIV retinitidy, přítomna retinální hemorhagie charakteru mikroangiopatie, v časové kontrole bez progresu. Pokračováno v antivirostatické (gancyklovir), antimykotické (itakonazol) a antibiotické (cotrimoxazol) terapii. Pacient subjektivně zlepšen, průjmy ustoupily, zmírnění nechutenství, zvýšení per os příjmu.

Při kontrole v infekční ambulanci nově rezistence v oblasti řezáku vlevo nahoře, velmi suspektní Kaposiho sarkom, zvolena strategie observace, při lokální progresi bude zvážena radioterapie.

Pro časté změny ko-medikace s rizikem lékových interakcí pacient nepřeveden na kumarinový preparát, ponechán na LMWH terapii ve zvýšené preventivní dávce. Vzhledem ke kontrolovaným oportunním infekcím, negativní alele HLA B5701 a předpokládané divoké variantě viru zahájena antiretrovirová terapie preparátem Truimeq (trojkombinační preparát abacavir, dolutegravir a lamivudin). Do plánu eradikační terapie Helicobacter pylori a zejména doočkování proti pneumokokům/hemofilům a meningokokům vzhledem k stavu po splenektomii, toho času zajištěn kotrimoxazolem.