

48letý pacient odeslán na podzim roku 2021 k imunologickému vyšetření z infekční ambulance pro reakce v dutině ústní na potraviny. Poprvé infekcionista vyšetřen v říjnu 2019 pro cca půl roku trvající únavu, popisně se cítil bez energie, spánek nebyl osvěžující, rozvoj spánkové deprivace s pozvolnými bolestmi svalů (“bolely všechny svaly”, jednalo se o klidové bolesti, námaha nezhoršovala), kloubů (v oblasti kolen, loktů, ramen, nártů, bez zánětlivých změn, drobné ruční klouby bez postižení) a intermitentními subfebriliemi (do 38.0°Celsia).

Dle dostupných provedených vyšetření stav (v roce 2019) uzavřen jako subakutní fáze CMV infekce, avšak nález sporný při zpětném hodnocení serologického nálezu ((anti-CMV v izotypu IgG pozitivní (> 180 U/ml; 12-14 U/ml), v izotypu IgM hraničně pozitivní (24.3 U/ml; 18-22 U/ml), vysoká avidita protilátek IgG ( 0.628; 0.15-0.25), PCR metodou krev/plazma bez detekce CMV!)). Tehdy cestou PL indikována ATB terapie s klinickým efektem, následně půl roku zcela bez obtíží. Recidiva identických obtíží po roce, tj. podzim 2020. Praktickým lékařem léčen opakovaně antibiotiky (cca dva měsíce) zcela bez efektu, ke konci ATB terapie rozvoj dolního dyspeptického syndromu (frekventní vodnaté stolice, bez patologické příměsi, pouze jedna epizoda s příměsí jasně červené krve) trvající několik měsíců, na váze ubyl 15 kilogramů. Následně vyšetřován cestou interní ambulance ve spádu a infekční ambulanci na vyšším pracovišti.

Nálezy z provedených vyšetření za rok 2021:

1. na ultrasonografii břicha popsáno hyperecho-  
genní ložisko v levém jaterním laloku charakteru hemangiomu, ostatní orgány bez nálezu, slezina homogenní struktury, bez ložiskových změn.
2. stomatologie včetně OPG snímku bez průkazu zánětlivého fokusu.
3. CT jater potvrdilo hemangiom v levém jaterním laloku.
4. PET/CT vyšetření bez známek viabilní neoplázie a floridního zánětu.
5. z laboratorních nálezu: renální a “jaterní” funkce bez alterace, normourikémie, mineralogram bez odchylek. Z markerů zánětu opakovaně nízká hladina CRP (méně než 2 mg/l), hladina sérového amyloidu A mírně zvýšená (kolem 10 mg/l; norma do 6.4 mg/l), fluktuující hodnota sedimentace (FW 10/20..28/60..30/50). V hemogranu intermitentní leukocytóza (11.8..15.4..11.8 10<sup>9</sup>/l), v diferenciálu relativní neutrofilie s lymfopénií. Při elektroforetickém vyšetření séra bez průkazu paraproteinu, mírně snížená gama frakce (7 %). Z onkomarkerů zvýšená hladina neuron specifické enolázy-NSE

(28.8 ug/l; 0-16.3) a alfa1-fetoproteinu (10.6 IU/ml; 0-6.5). Moč chemicky negativní, v sedimentu leukocyturie (22; 0-10 ul), kultivačně negativní. Výtěr z krku a nosu s běžnou mikroflórou. STD (pohlavně přenosné nemoci) panel v moči PCR metodou a PCR detekce nukleových kyselin viru EBV/CMV v krvi a plazmě vše s negativitou. Serologie na leptospirózu, hepatitidy (B, C, E), tularémii, brucelózu, HIV, toxokarózu a lues s negativitou, anamnestické protilátky proti toxoplazmóze, EBV, CMV a HSV 1.2. U CMV a HSV 1, 2 byla patrná hraniční pozitivita v izotypu IgM, dále hraniční pozitivita IgG proti *Borrelia* CLIA metodou, v izotypu IgM pozitivní, konfirmační metodou (Westernblott) negativní protilátky v izotypu IgM a hraničně pozitivní v izotypu IgG, dále pozitivita protilátek proti *Anaplasma phagocytophilum* v izotypu IgM, s největší pravděpodobností pozitivita v izotypu IgM u HSV 1.2, CMV, *Anaplasma* a *Borrelia* byly nespecifické, reaktivní v rámci přítomnosti heterofilních interferujících protilátek v séru. V serologickém mykologickém screeningu antigen *Aspergillus*, *Cryptococcus* s negativitou, hraniční pozitivita antigenu *Candida albicans* při negativitě panfungálního antigenu (beta-D-glukan), tj. nespecifický nález. Z imunologických testů komplement bez konzumpce, cirkulující imunokomplexy nezvýšené, orgánově specifické a nespecifické autoprotilátky (ANA screening, ENA screening, RF, ANCA, ASCA, APLA panel, anti-CCP) negativní. V buněčné složce až na mírně zvýšenou subpopulaci CD4+CD8+ T-lymfocytů (3 %; 0-2.0 %) bez modifikace. Stolice na parazity (tři vzorky) a vyšetření tlusté kapky na plazmázia bez detekce parazita.

Při vstupním imunologickém vyšetření jakékoli reakce v dutině ústní po jídle striktně popíral, měl pocit dyskomfortu v krku (blíže nebyl schopen upřesnit), jež se při polykání nezhoršoval, v časovém horizontu nebyla přítomna progres. Po konzumaci mléčných výrobků (jakýchkoli), čerstvého pečiva (starší jak dva dny toleroval), ovoce (kiwi, banány, mandarinky, pomeranče) a zeleniny (rajče, salátová okurka) se za cca 20 minut dostavilo nadýmání, křečovitě bolesti břicha s následnou vodnatou stolicí. Potíže se objevily po ATB terapii, předtím toleroval všechny výše uvedené potraviny. Přetrvávala únavu, myalgie, atralgie určitých kloubních oblastí, intermitentní subfebrilie, vzestup teploty vnímal pocitem horkosti v obličejí s rozvojem erytému. Občas přítomnost hnisu na zadní straně spodního prádla.

Z anamnestických údajů: očkovaní bez komplikací, atopický ekzém nepřítomný, krátce po narození 1x bronchopneumonie, kolem 10. roku života (po dobu cca 1 roku) recidivující hnisavá kožní ložiska v dorzální oblasti zad s nutností opakované chirurgické intervence. V dospělosti hypertenzní nemoc, prodělal klíšťovou meningoencefalitidu. Alergie nepřítomny, kuřák od 12ti let, v průměru 30 ci-

garet/den, čtyři roky abstinuje, předtím syndrom závislosti na alkoholu. Z operací pravděpodobně chirurgické řešení pilonodálního sinu v sakrokokcygeální oblasti v období rané adolescence. Pracuje ve výrobě krmných směsí pro ryby, bydlicích v mobilním domě, jež suchý, bez přítomnosti plísní. Zvíře nechoval, ale byl v kontaktu se slepicemi, bažanty, psy, kočkami, koroptvemi, při kontaktu bez alergických projevů. S rodiči se nestýkal, epidemiologická anamnéza zajímavá, od roku cca 2015 po dobu tří let cestoval pěšky po východní Evropě přes Sibir do Číny.

Fyzikální vyšetření s chudým nálezem, vzhledem k anamnestickému údaji hnisu na zadní straně spodního prádla při podrobné aspekci v sakrokokcygeální a perianální oblasti patrné velmi diskrétní ústí píštělí, při expresi na danou krajinu se z píštělí objevovala hnisavá sekrece.

Stanovena pracovní diagnóza s naplánováním dalších vyšetření.

Ve shrnutí - 48letý pacient vyšetřován pro prolon-gované bolesti svalů a kloubů doprovázené únavou, subfebriliemi, přechodně i dolním dyspeptickým syndromem (několik měsíců), jež však vznikl po dlouhodobé ATB terapii. Dyspeptický syndrom s intolerancí některých potravin bude s největší pravděpodobností souviset se střevní dysmikrobií s přechodnou poruchou enzymů v kartáčovém lemu (tj. metabolická potravinová intolerance), nešlo však vyloučit i možný podíl post-ATB Clostridiové kolitidy (nevyšetřováno). Nicméně vzhledem k výše uvedeným symptomům a nálezu v sakrokokcygeální oblasti bylo nutno zvažovat možné extraintestinální projevy nespecifického střevního zánětu nebo recidivy pilonodálního sinu, teoreticky patologie vycházející z buněk DNES (difúzní neuroendokrinní systém) vzhledem k atralgiím a dolnímu dyspeptickému syndromu.

Pro dyskomfort v oblasti oropharyngu vyšetřen ORL lékařem s negativním nálezem. Kontakto-ván ONM lékař se zaměřením se na píštěle v sakrokokcygeální oblasti při PET/CT vyšetření, kdy podkožní píštěle nešlo vyloučit, avšak rozlišovací schopnost daného vyšetření omezená. Endoskopické vyšetření GIT traktu (gastroskopie, koloskopie) s normálním nálezem, tak jako urologické vyšetření včetně ultrasonografie varlat (vzhledem ke zvýšené hladině AFP a NSE), sběr moče na odpad 5-HIOK bez zvýšení. Při subfebriliích doplněny odběry hemokultur a hnis z píštělí odeslán ke kultivačnímu vyšetření s pozitivním identickým nálezem jak v hemokulturách, tak z hnisu, a to Streptococcus oralis, na základě těchto kultivačních nálezu provedeno jícnového echokardiografické vyšetření srdce bez průkazu vegetací na chlopních, po domluvě s ATB střediskem zahájena ATB terapie PNC řady. V mezidobí doplněna fistulografie s potvrzením rozsáhlého pilonodálního sinu. Následně vyšetřen proktologem s domluvou na chirurgické intervenci. Při výkonu z intergluteální rýhy sondáž píštělí do všech směrů, postupně komplexní exstirpace píštělí en bloc, svěrače anu bez poškození. Výkon bez komplikací, v časovém odstupu komplikováno perianálním abscesem s nutností drenáže, rána hojící se sekundárně. Postupně po chirurgické intervenci došlo k vymizení teplot a systémových projevů (atralgie, myalgie, únava), normalizaci laboratorních odchylek, jež byly v rámci chronické zánětlivé stimulace.

Prostřednictvím této kazuistiky bych chtěl zdůraznit/vyzdvihnout, jak je stále velmi důležitá podrobná anamnéza a zejména řádné fyzikální vyšetření, jež nás nasměrovalo k celkem "banálnímu" nálezu, které se projevovalo nespecifickými celkovými symptomy s laboratorními odchylkami a doposud provedená velmi podrobná laboratorní a zobrazovací vyšetření nebyla přínosem k odhalení příčiny.