

VARIA

42. Imunoterapie a stereotaktická radioterapie v léčbě metastatického maligního melanomu

Matzenauer M, Vrána D, Vlachová Z, Melichar B

Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

Uvádíme kazuistiku 69letého muže, kterému byl v prosinci 2010 zjištěn maligní melanom zad. Po doplnění PET/CT byla diagnostikována 2 ložiska v pravé axile a 2 ložiska plicního parenchymu. Pacient prodělal v lednu 2011 mimo naše pracoviště 1 cyklus chemoterapie dakarbazinem, následně byla provedena disekce axily. Záhy však došlo k recidivě onemocnění. V srpnu 2011 byla zahájena léčba ipilimumabem. V červnu 2012 byla na PET/CT popsána kompletní klinická remise. V dubnu 2014 popsáno na PET/CT nově metastatické ložisko v levé plicí. Posléze po metastazektomii byl pacient dále v kompletní klinické remisi. V květnu roku 2015 byla diagnostikována mozková metastáza. V srpnu 2015 absolvoval stereotaktické ozáření metastázy v celkové ložiskové dávce 35 Gy v 5 frakcích. V září 2015 byla zahájena léčba anti-PD1 protilátkou pembrolizumabem, během které došlo ke zlepšení celkového stavu nemocného. V lednu 2016 byl pacient hospitalizován na spádově příslušném neurologickém pracovišti, na kterém byla diagnostikována nová mozková metastáza ve frontální oblasti, další plánované radioterapie se však již pacient, bohužel, nedožil. **Závěr:** Kazuistika dokumentuje využití nových léčebných modalit metastatického maligního melanomu, a sice imunoterapii a stereotaktickou radioterapii, které obě prokazatelně prodlužují celkové přežití a zlepšují kvalitu života u těchto pacientů.

43. Subakutní intoxikace olovem – kazuistika

Klementa V¹, Nakládalová M², Zadražil J¹

¹ III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF UP a FN Olomouc

² Klinika pracovního lékařství LF UP a FN Olomouc

Úvod: V dnešní době je otrava olovem ve vyspělých zemích velmi vzácnou diagnózou. Jejím stanovení často předchází rozsáhlý diagnostický proces, který nás však může svést na scestí. Konečné určení správné diagnózy je snadné, pokud na ni pomyslíme. V opačném případě byli v minulosti pacienti opakovaně léčeni transfuzemi pro anémii, či dokonce operováni pro podezření na náhlou příhodu břišní. Z těchto důvodů má při pátrání po etiologii řady nespecifických příznaků, které jsou typické pro intoxikaci olovem svou významnou roli dobře a důkladně odebraná anamnéza. **Kazuistika:** Popisujeme případ 46letého muže, který přichází opakovaně na oddělení urgentního příjmu (OUP) FN Olomouc s nespecifickými příznaky (difúzní silné křečovitě bolesti břicha s iradiací do bederní krajiny, výrazná únava, malátnost, nechutenství, pocit úzkosti). Při první návštěvě zaléčen jen symptomaticky s dobrým efektem, nicméně dochází k rychlému návratu klinických potíží. Druhý den opět přichází na OUP, nyní však po důkladném rozboru anamnézy je vysloveno podezření na intoxikaci olovem. Dle dostupných laboratorních vyšetření je patrna normocytární anémie, retikulocytóza, zvýšená hladina železa v séru, lehká renální a jaterní insuficience. Vzhledem k těmto skutečnostem je naplánováno další vyšetření za hospitalizace, při které byla potvrzena subakutní otrava olovem. Naměřená hodnota olova v krvi (plumbemie) 10,2násobně překročila limit přípustný pro běžnou populaci, proto byla ihned zahájena specifická léčba cheláty (Succinacaptal), která již od počátku s výrazným efektem. Pro nadále velmi dobrý klinický stav pacienta pokračováno v terapii ambulantně. Celková doba léčby se řídila nejnovějšími doporučeními a trvala 19 dní. Po této době došlo k výraznému snížení plumbemie, během terapie i po jejím ukončení pacient již asymptomatický, dle kontrolních vyšetření došlo k postupné normalizaci patologických laboratorních hodnot. **Závěr:** I v současnosti, kdy máme k dispozici nejnovější laboratorní a pomocné diagnostické metody nesmíme zapomínat na kvalitně a podrobně odebranou anamnézu. Jak se někdy říká: „Dobrá anamnéza je polovina diagnózy“. Proto je opravdu důležité si na rozhovor s pacientem vždy najít dostatek času.

Podpořeno grantem IGA LF 2016_014

44. Úskalia pri diagnostike syndrómu von Hippelova-Lindauova

Adamcová M, Šturdík I, Páleníková P, Jackuliak P, Payer J

V. interná klinika LF UK a UN Bratislava, Nemocnica Ružinov

Von Hippelov-Lindauov syndróm (VHL) je vzácné, geneticky podmienené ochorenie. Na prípadoch 2 pacientov s VHL demonštrujeme odlišnosti v klinickom obraze a v priebehu ochorenia. VHL je charakterizovaný výskytom malígnych a benígnych novotvarov. Medzi najčastejšie VHL tumory patria nádory sietnice, mozgové a spinálne hemangioblastómy, karcinómy obličiek, feochromocytóm, endolymfatické sac tumory a nádory a cysty pankreasu. VHL je spôsobená vysoko penetračnými mutáciami v géne *VHL* (3p25.3). Výskyt ochorenia je 1: 36 000, pričom v 80 % prípadov ide o familiárny výskyt a vo zvyšných prípadoch vzniká mutácia *de novo*. Priemerný vek pri stanovení diagnózy je 20–40 rokov. Diagnóza môže byť potvrdená pozitívnou rodinnou anamnézou a prítomnosťou jedného typického nádoru. Pri negatívnej rodinnej anamnéze je na potvrdenie diagnózy potrebná prítomnosť viacerých nádorov. Klinické príznaky aj prognóza závisia od lokalizácie a rozsahu nádoru. Priemerná dĺžka života dosahuje 50 rokov. Najčastejšou príčinou úmrtia sú karcinómy obličiek a hemangioblastómy CNS. Liečba vyžaduje multidisciplinárnu spoluprácu s nutnosťou sledovania počas celého života pacienta.

45. Hypersenzitívna pneumonitída: kazuistika

Kačmárová A¹, Vyšehradský R², Michalová R jr¹, Prídavková D¹, Kovář F¹, Mokáň M sr¹

¹ I. interná klinika Jesseniovej LF UK a UN Martin

² Klinika pneumológie a ftizeológie Jesseniovej LF UK a UN Martin

Úvod: Hypersenzitívna pneumonitída, známa aj ako exogénna alergická alveolitída je granulomatózne zápalové ochorenie pľúc, ktorého spúšťačom je inhalovaný antigén organickej alebo anorganickej povahy. Choroba môže mať akútnu, subakútnu alebo chronickú formu. Významné postavenie v klinickej expresii zohráva individuálna vnímavosť. Klinické prejavy ochorenia sú suchý kašeľ, dýchavica, hypertermia. Základom liečby je zabránenie opätovnej expozície antigénu. **Kazuistika:** Prípad 72-ročného pacienta s polycythemia vera, s pokročilým periférnym artériovým ochorením dolných končatín, ktorý bol prijatý na I. internú kliniku UN Martin ako náhle vzniknutá dýchavičnosť. Lekár prvého kontaktu zaznamenal obojstranný krepitus na bázach pľúc. Ešte pred prijatím bola u pacienta vylúčená vysoko suspektná pľúcna embólia a akútna ischemia myokardu. HRCT pľúc priniesla nález geografických opacít typu mliečneho skla, s obrazom pripomínajúcim pľúcny edém. Prvé hodnotenie stavu smerovalo k záveru dýchavičnosti kombinovanej etiológie. V laboratórnom obraze dominovala zvýšená zápalová aktivita, trombocytóza, hranične zvýšený troponín, a vyššie hodnoty NT-proBNP. V priebehu prvých 6 hodín došlo k úplnému vymiznutiu klinických ťažkostí. Vzhľadom na vysokú zápalovú aktivitu bola zahájená ATB liečba. Novozistená dilatácia pravej komory, so stredne ťažkou pľúcnou hypertenziou a kombinovaná ventilačná porucha ľahkého stupňa nás nasmerovala konzultovať pneumológa. Doplnenie pracovno-sociálnej anamnézy, o fakt, že manipuloval so starým zvlhnutým pevným palivom pri vykurovaní obydla, bolo v tomto prípade kľúčové pre stanovenie diagnózy exogénnej alergickej alveolitídy – farmárskych pľúc. Pacient bez deficitu pľúcnych funkcií vrátane výmeny plynov a bez potreby farmakoterapie bol dimittovaný. **Záver:** V prípade exogénnej alergickej alveolitídy podrobne odobraná pracovno-sociálna anamnéza môže byť smerodajná vo veľakrát ťažkom stanovení etiológie akútnej dýchavičnosti a jej kauzálnnej liečby.

46. Biologická liečba chronických zápalových ochorení a tuberkulóza

Červeň J, Oravcová G, Lačná L, Michalík J, Kocan I, Vyšehradský R

Klinika pneumológie a ftizeológie Jesseniovej LF UK a UN Martin

Riziko vzniku tuberkulózy u pacientov s biologickou liečbou predstavuje významný problém vyplývajúci z liečby TNF (tumor necrosis factor) antagonistami. Oslabenie imunitného systému blokovaním aktivity TNF α zvyšuje riziko aktivácie latentnej tuberkulózne infekcie. Poslednú dekádu narastá počet pacientov s chronickými zápalovými ochoreniami indikovaných na biologickú liečbu, čo vyžaduje osobitný postoj k manažmentu a dispenzarizácii pacientov. Povinnosťou v predchádzaní vzniku komplikácii počas liečby je dôsledný skrining latentnej tuberkulózne infekcie ešte pred zahájením biologickej liečby. Metódou voľby je IGRA test (interferon gamma release assay), ktorý je založený na dôkaze a meraní tvorby cytokínu interferon-gamma vytváraného senzibilizovanými T-lymfocyty, kultivovanými s antigénmi mycobacterium tuberculosis. V prípade potvrdenia latentnej tuberkulózne infekcie u pacienta plánovaného na biologickú liečbu je nutná chemoprophylaxia pred jej zahájením. Autori prezentujú kazuistiku mladého pacienta nastaveného na biologickú liečbu z indikácie ulceróznej kolitídy, u ktorého došlo pri tejto liečbe k rozvoju miliárnej tuberkulózy a tuberkulózne meningoencefalomyelitídy so závažnou neurologickou symptomatikou. Tuberkulóza centrálného nervového systému predstavuje jednu z najťažších foriem následkami. Po prerušení biologickej liečby pacient podstúpil liečbu 4-kombináciou antituberkulotík a ostatnú podpornú liečbu, ktorej manažment vychádzal z úzkej spolupráce ftizeológa a neurológa. Uvedenou kazuistikou chceme poukázať na riziká biologickej liečby aj napriek v súčasnosti nízkemu výskytu tuberkulózy na Slovensku.

47. Endovaskulárna liečba hemoptýzy

Lazor J, Kocan I, Vorčák M

Klinika pneumológie a ftizeológie Jesseniovej LF UK a UN Martin

Hemoptýza je klinický stav charakterizovaný vykašliavaním krvi pochádzajúcej z dolných dýchacích ciest a pľúc. Masívnou hemoptýzou označujeme krvácanie so stratou viac ako 200 ml krvi za 24 hod, ktoré ohrozuje pacienta asfyxiou a hemoragickým šokom. Jej mortalita bez včasnej liečby je 50–80 %. Zdrojom krvácania sú bronchiálne tepny (75–80 %), nebronchiálne kolaterálne tepny, vzácne i vetvy a. pulmonalis (5 %). Príčiny hemoptýzy rozdeľujeme na lokálne (zápaly, TBC, nádory, cievne malformácie, traumy, iatrogénne príčiny) a celkové (vrodené skratové chyby, pľúcne embolizácie, antikoagulačná liečba), avšak až v 20 % prípadov ostáva príčina nejasná. Liečba hemoptýzy môže byť konzervatívna, bronchoskopická, endovaskulárna (embolizačná) a pri ich neúspechu chirurgická. V endovaskulárnej liečbe krvácania zo systémového riečiska sa využíva embolizácia mikrokatódom s použitím mikročastíc alebo akrylátového lepidla, zatiaľ čo pri embolizácii a. pulmonalis sú používané špirálky alebo vaskulárny okluder. K zástave krvácania po embolizácii dôjde v 77–98 % prípadov. V predkladanej kazuistike popisujeme prípad pacienta s hemoptýzou, u ktorého sa realizáciou komplexných diagnostických postupov nepodarilo preukázať zdroj krvácania. Pre opakované ataky hemoptýzy bola vykonaná iatrogénna embolizácia bronchiálnej artérie s dobrým efektom. Masívna hemoptýza je život ohrozujúci stav s vysokou mortalitou, u ktorého endovaskulárna embolizácia predstavuje terapeutickú možnosť s veľmi dobrou účinnosťou. V úspechu tejto liečby predstavuje významnú úlohu medziodborová spolupráca.