



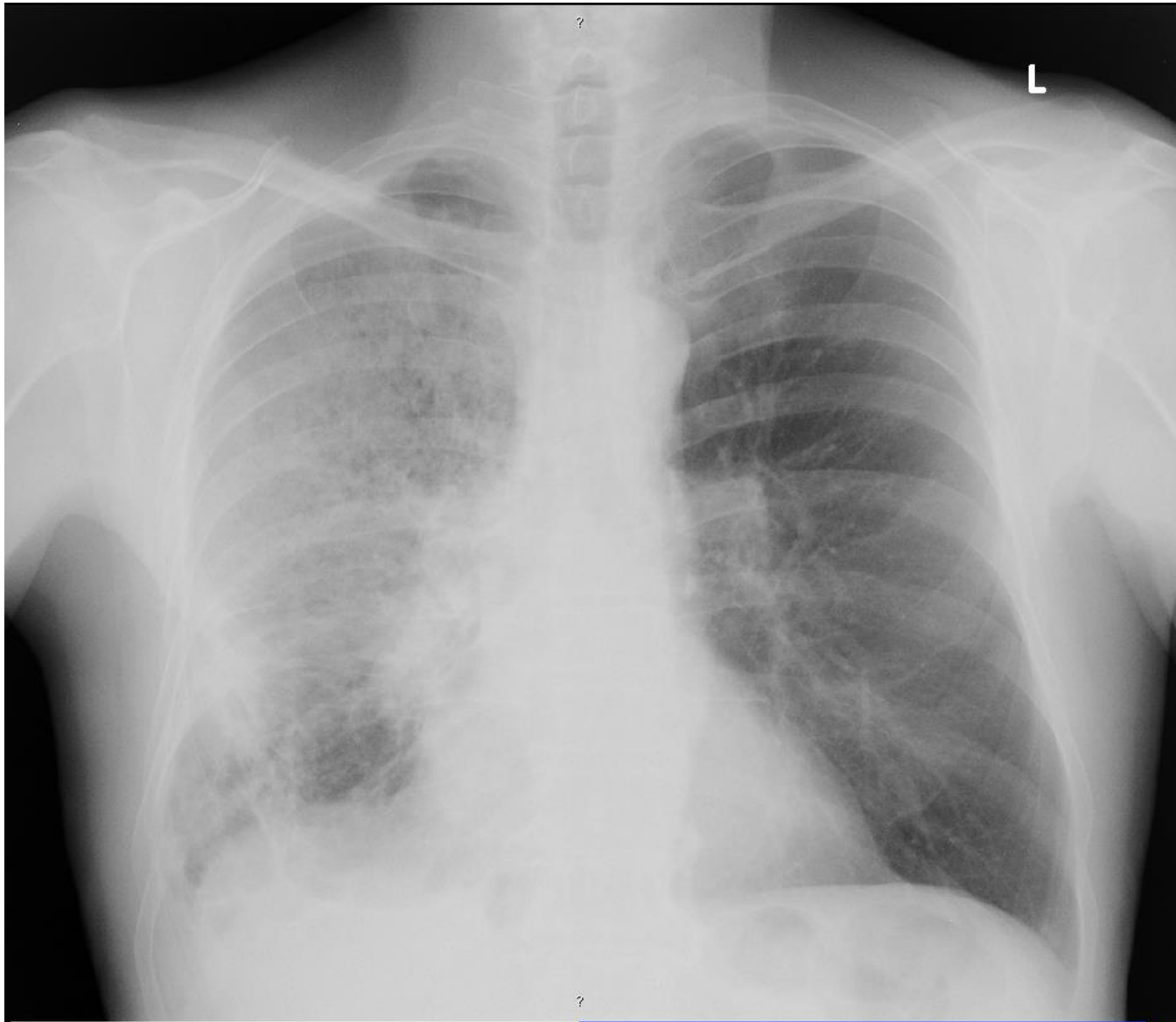
Neregredující pneumonie?

**Paluch P., Žbánková Š., Anton J., Stehlík L., Vašáková M.
Pneumologická klinika 1.LF UK,
Thomayerova nemocnice, Praha**

Anamnéza + NO + vstupní vyšetření

- Muž, 69 let
- Abusus: kuřák
- OA: s ničím se neléčí
- FA: sine
- **NO**: od 10/2015 zimnice, subfebrilie, svalová slabost, pomalu progredující dušnost, hubnutí
- **LAB**: pPCT: 0,20, **pCRP: 284,4, WBC: 12,8**
- **RTG**: infiltrativní změny vpravo

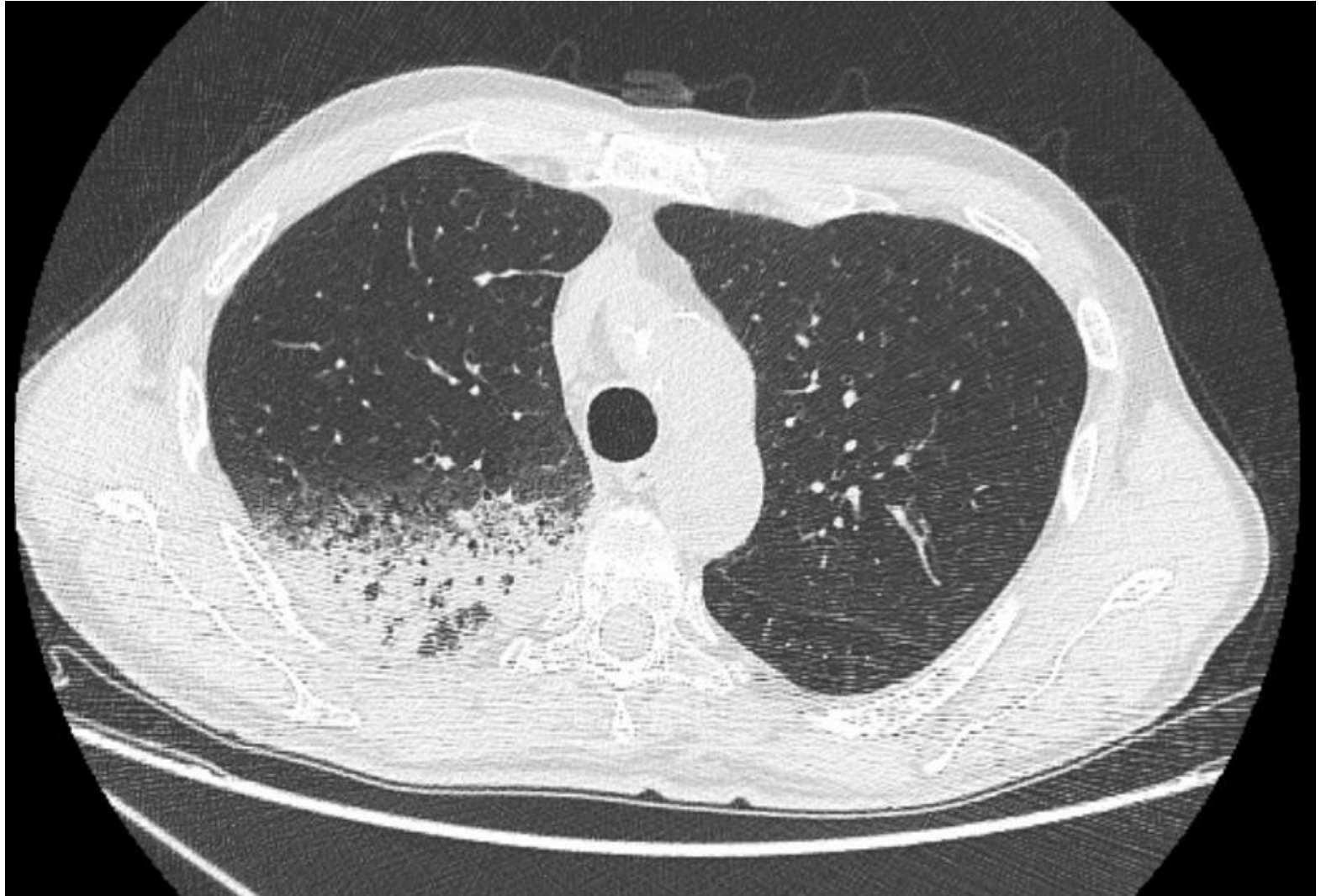
RTG – hrudníku 11/2015



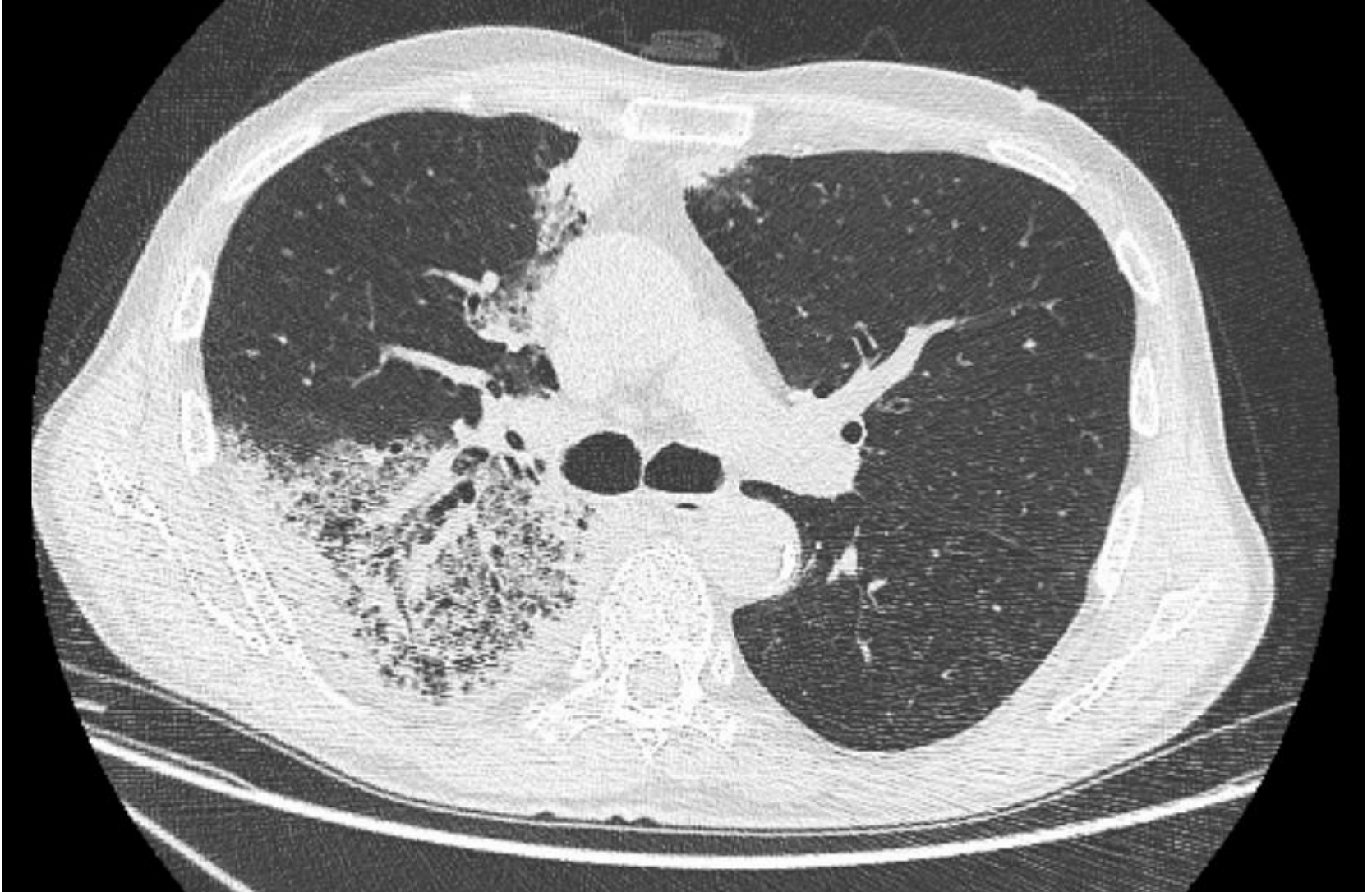
Pracovní dg

- Obj.:
 - TK 109/71, P: 110/min, DF 23/min, O2sat: 91% bez O2
 - Spolupracující pacient, bez klidové dušnosti
 - Vpravo dolní 2/3 hemithoraxu – chrůpky
- Komunitní pneumonie vpravo (atypická?)
 - hospitalizace na PK
 - zahájena empirická ATB terapie – **bez efektu**
 - Trvají subsfebrilie, dušnost, není regrese na RTG, neklesá CRP..... 😞😞😞

CT hrudníku (11/2015)



CT hrudníku (11/2015)



CT hrudníku (11/2015)

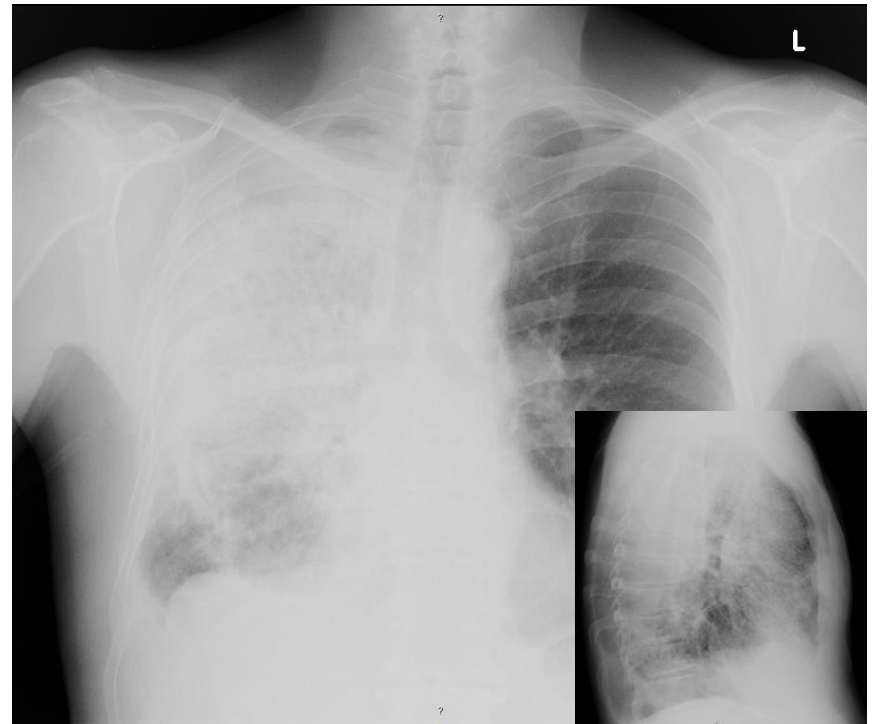
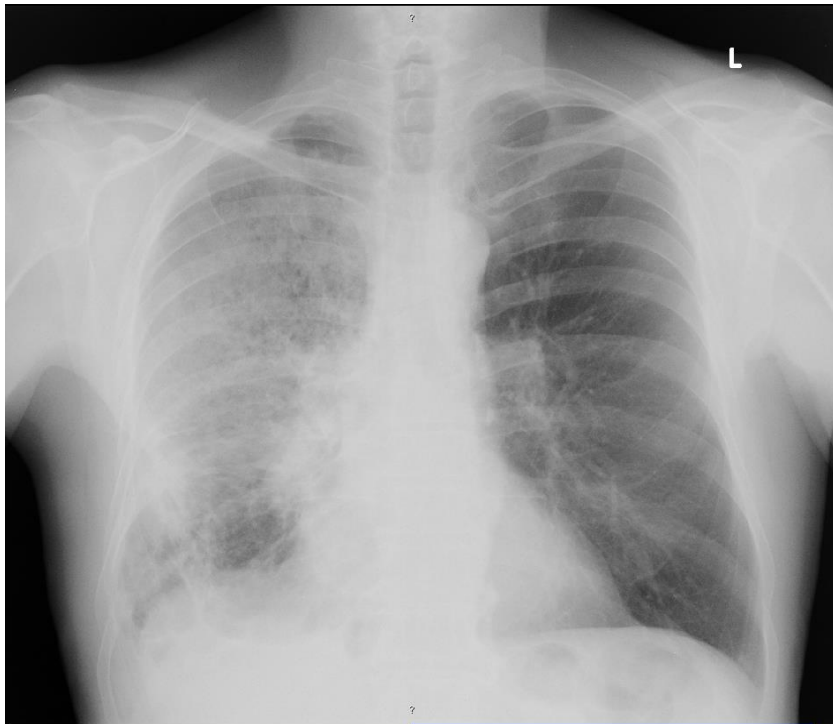


Mikrobiologie

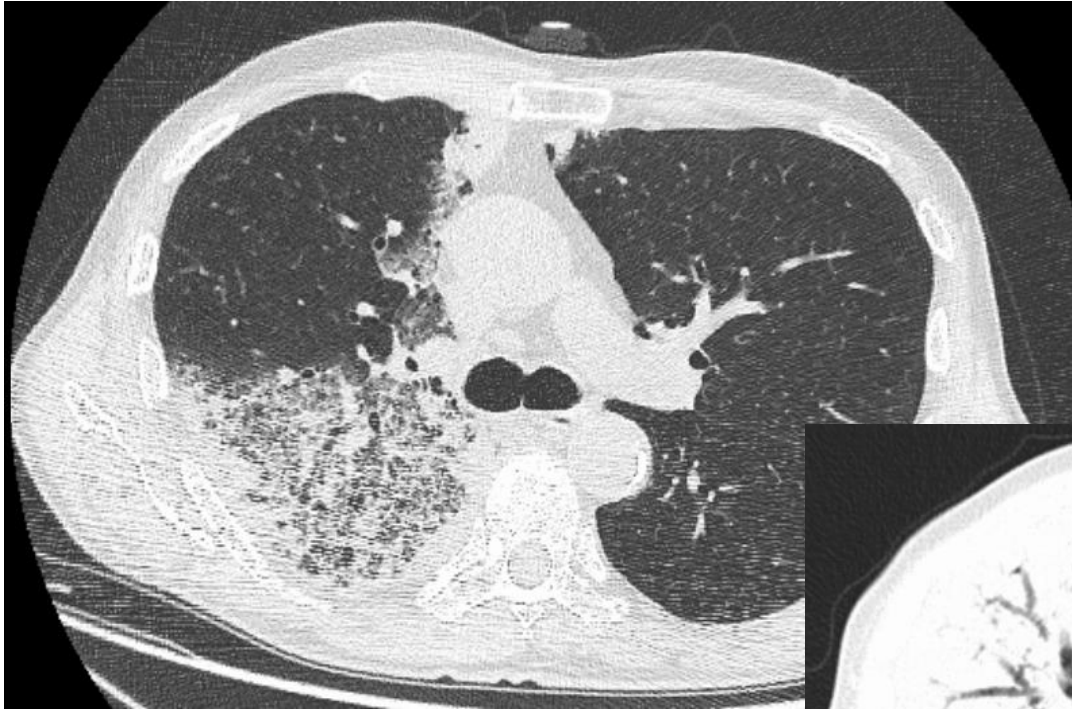
- **moč**
 - legionelový a pneumokokový antigen – negat.
- **sputum:**
 - kultivace NF negat., PCR BK negat., mikroskopie BK negat.
- **hemokultura** – negat.
- **bronchoskopie s BAL**
 - kultivace NF – negat., PCR BK negat., mikroskopie BK negat.
 - mykologická kultivace – **candida albicans**,
 - PCR
 - S.pneumoniae negat. H.influenzae negat.
 - H.influenzae b. negat. B.catarrhalis negat.
 - Ch.pneumoniae negat. M.pneumoniae negat.
 - L.pneumoniae negat. B.pertussis negat.
 - B.parapertussis negat.

Další vývoj

- Progrese dušnosti, subfebrilie, trvá suchý kašel
- progrese radiologických nálezů



Kontrolní CT plic 12/2016



← 11/2015

12/2015 →



SONO hrudníku

- **Fluidothorax bilat.**

- Více vpravo – kde ohraničená kolekce tekutiny, zesílení pleury (viscerální i parietální)



- **hrudní punkce**

- Punktát - bílkovina: 27,60 g/l, glukóza: 5,5mmol/l
LDH: 1,81 ukat/l
- Krev - bílkovina: 49 g/l, krev/výpotek= 0,56
= exsudát
- Kultivace – negativní, PCR BK negativní,
- Cytologie: málo buněčné vzorky, převážně erytrocyty a lymfocyty, nečetné neutrofily, ojedinělé mesothelie PAP II

- **hrudní drenáž** vzhledem k progresi výpotku

Další mikrobiologické nálezy a ATB

- Mikrobiologie

- opakovaně nabírány hemokultury, sputum, výpotek

- vše negativní

- BRSK laváž:

- **candida albicans +**

- výtěr z krku

- **candida albicans +**

- Antibiotika:

- cirprofloxacin, ceftriaxon, metronidazol

- piperacilin/sulbactam, fluconazol fluconazol,

- klarytromicin.... imipenem, vorikonazol ...

- **BEZ EFEKTU !!!** ☹️

Stav buněčné a protilátkové imunity

- Průtoková cytometrie krve
 - CD3: 730 cells/ul, CD4: 431 cells/ul, CD8: 282 cells/ul, CD19: 62 cells/ul, NK cells: 44 cells/ul
- Imunoglobuliny
 - S-IgA: 2,81, S-IgG: 10,80, S-IgM: 1,08

Další vývoj

- Progrese respirační insuficience (hypoxemický typ)
- Příjem na JIP (14.12.2015)
 - Zahájena NIVP v režimu CPAP s $FiO_2=60\%$
 - **OTI a UPV** (18.12.2015)

Další nálezy/komplikace

- **16.12. hlášena serologická pozitivita viru HIV**

- BRSK zopakování bronchoskopického vyšetření
 - PCR PCJ negativní, hraniční pozitivita CMV
- **Falešná pozitivita**, infekce HIV nepotvrzena referenční laboratoří

- Přechodně léčen terapeutickou dávkou Biseptolu,
- 18.12. přeložen na infekční kliniku NNB
- 30.12. přeložen zpět na naše pracoviště

- **DIC (chronická forma)**

- APTT: **46,4** s, APTT ref.: 35,6 s, APTT - poměr: **1,30** 1, PT (Qt) s: **21,4** s, PT (QT) (%): **44,0** %, PT (QT) Poměr: **1,61** 1, PT (QT) INR: 1,82 1, PT (QT) Normal: 13,3 sec, fibrinogen: **8,38** g/l, D dimery: více než 4000 ng/ml

Další nálezy/komplikace

- Další bronchoskopie: zánětlivé změny sliznice, nevalitá nerovná sliznice v dolním lobárním bronchu pod odstupem B6 vpravo – excize
 - Histologie
 - Těžká dysplázie skvamocelulárního epitelu, které dosahují parametry **carcinoma in situ**.
 - Další odběr z tohoto místa => nález těžké dysplázie, nelze vyloučit **reaktivní původ** v rámci zánětlivého procesu
 - Nález již nehodnotíme jako CIS
- Pseudomembranózní kolitida
- Kolonizace DC gram negativní flórou
 - Acinetobacter, Klebsiela
- Suchá gangréna špičky palce PHK(septický šokový stav v.s. při VAP s nutností podávání vazopresorů)
- Dehiscence tracheostomatu

Autoimunita?

- **RFA 627, RFM 3102, RFG 729, aCCP>1000**
- Pacient bez kloubních obtíží, bez známek systémové nemoci v anamnéze
- V situaci horšícího se stavu (UPV, katabolický stav, malnutrice, dysefekt ATB, progredujících RTG nálezů, elevace CRP a PCT) uvažujeme o autoimunitní příčině stavu
 - Po konzultaci revmatologa nasazujeme **metylprednisolon v dávce 1g/den (3dny)**

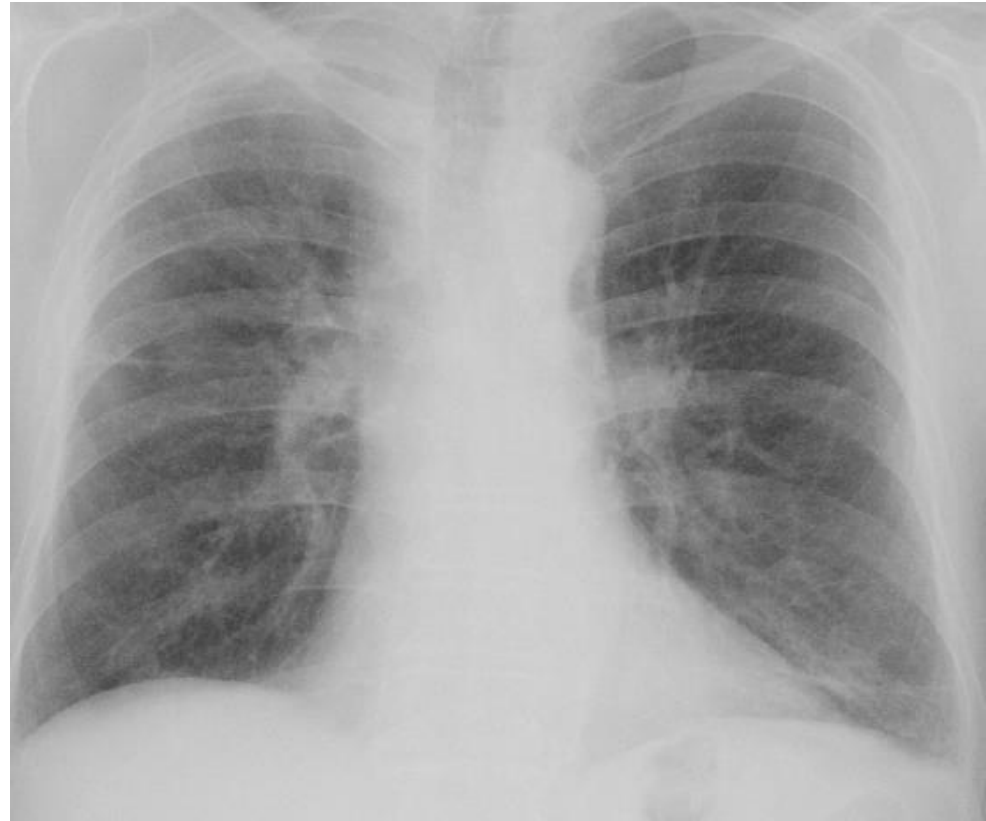
Další vývoj

- Výrazné zlepšení stavu
- Zlepšení parametrů respirace
- Úspěšný weaning od ventilátoru
- Regrese změn na RTG
- Regrese fluidothoraxu
- Úspěšná rehabilitace (pacient schopen chůze)
- Propuštěn do ambulantní péče (29.1.2016)

Skiagram hrudníku



3.12.2015

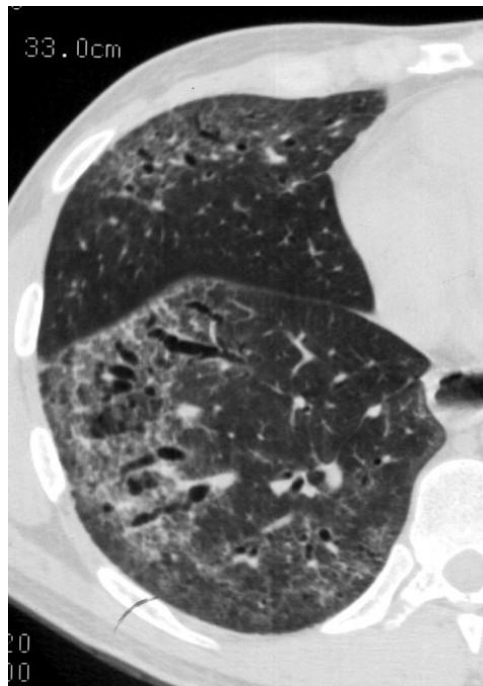


14.3.2016

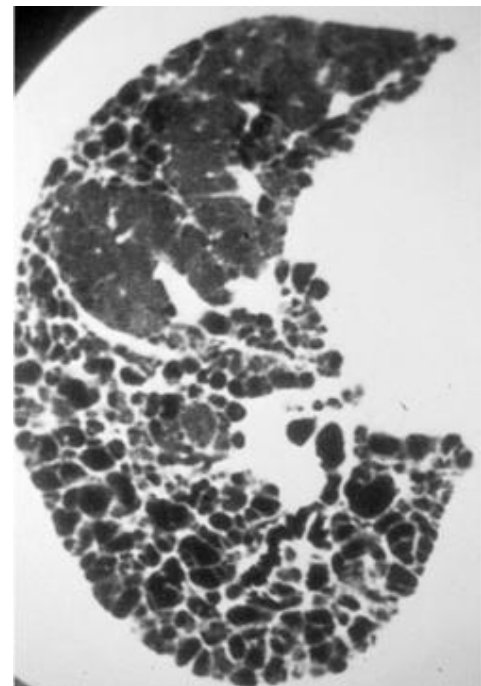
Revmatoidní artritida a plíce

- Nejčastějším fenotypem plicního postižení

- NSIP:



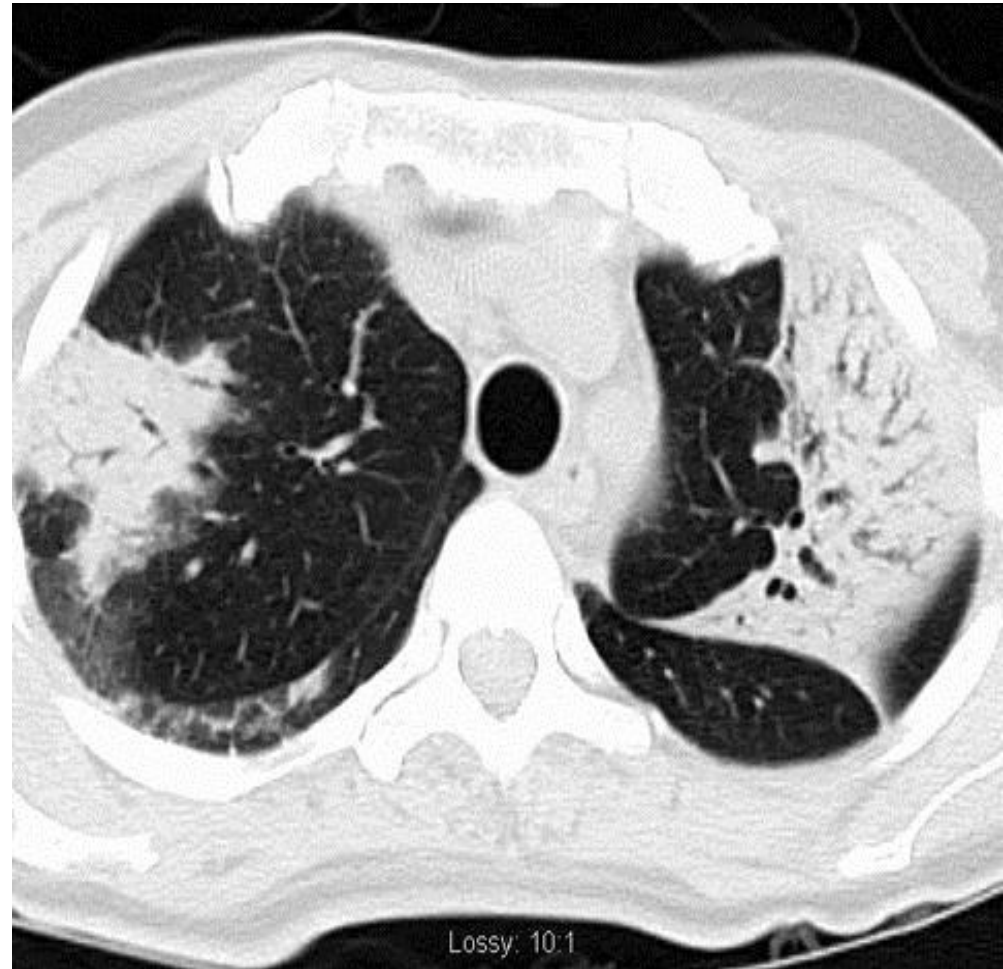
- UIP:



- Plicní postižení (fibróza) se objevuje s latencí pozdě v průběhu nemoci

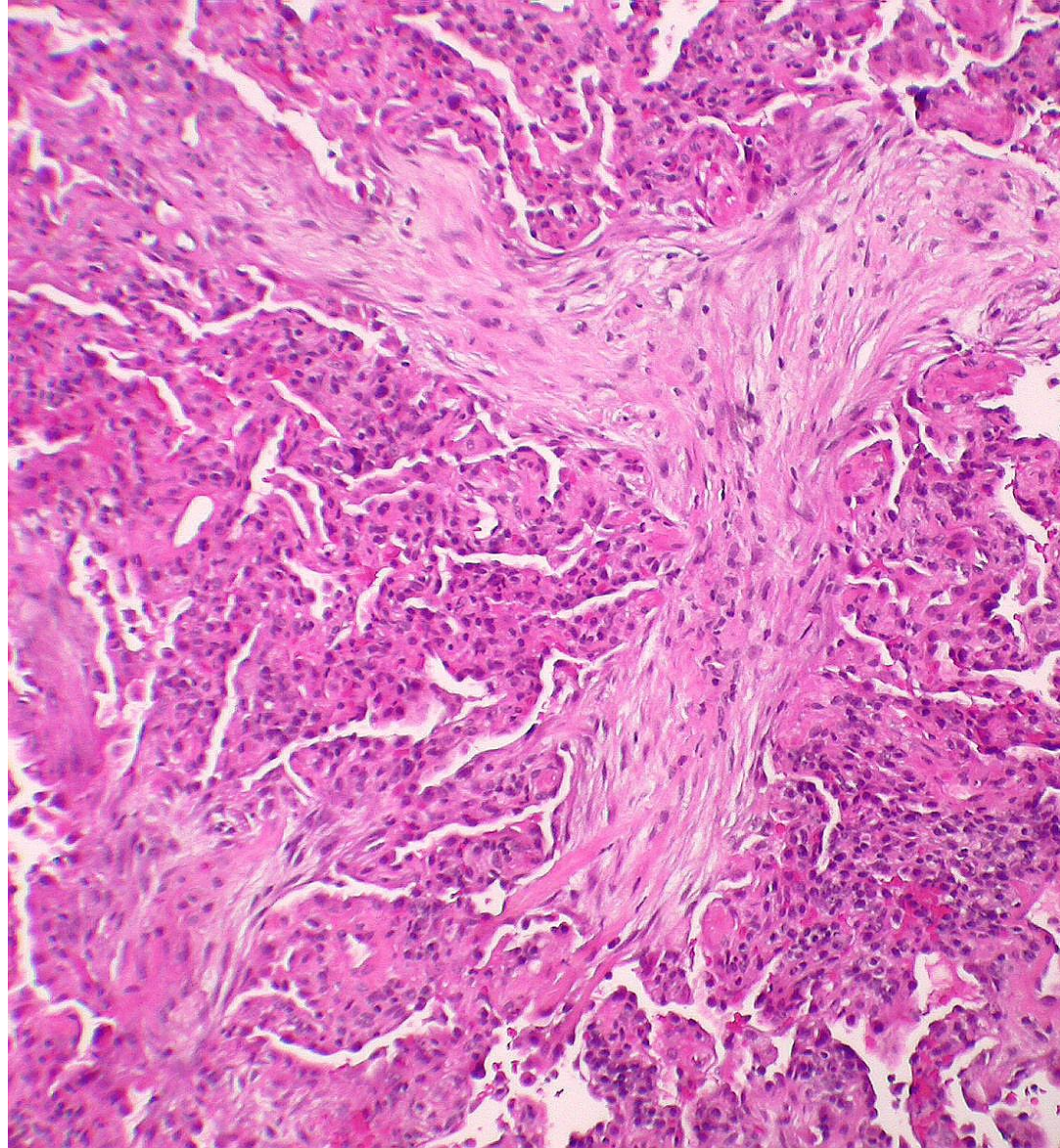
Organizující pneumonie(OP)

- Nepravidelné infiltráty na RTG a CT hrudníku
 - Bilaterální nebo unilaterální
 - Častější postižení dolních plicních polí



Organizující pneumonie (OP)

- Polypoidní nahromadění **granulační tkáně** v alveolech a respiračních bronchiolech



Diagnóza

- **Postižení plic v rámci Revmatoidní artritidy fenotypu organizující pneumonie (OP)**
 - plicní postižení 1.manifestací SNP
 - dg. RA byla podpořena typickými změnami na RTG rukou a nohou
 - Pacient doposud nemá kloubní obtíže !!!!
 - **Atypický charakter tohoto typu postižení**
 - **Organizující se pneumonie (OP)**

OP + RA - literatura

- Revmatologické centrum Kumamoto , Japan,
 - 2006-2014 - 21 pacientů s organizující pneumonií při RA
 - jenom u 3 pacientů (14,3%) vývoj OP předcházel kloubní obtíže
 - Pacienti byly léčeni primárně na plicním odd jako infekční pneumonie (dysefekt ATB th)
 - Flu-like symptoms, subfebrilie, dušnost, suchý kašel
 - Vysoké titry RF a aCCP
 - U všech dobrá odpověď na kortikosteroidy (regrese změn na RTG hrudníku)
 - U dvou pacientů se objevily kloubní obtíže 18 a 28 měsíců po ukončení kortikoterapie
 - U jednoho pacienta se kloubní obtíže objevily již při detrakci steroidů
 - (Pacienti nesplňují bez kloubních obtíží kritéria ACR/EULAR pro RA !!!!!)
 - U 4 pacientů se OP objevilo současně s kloubními obtíži
- (Mori, S., Koga, Y., & Sugimoto, M. (2015). Organizing Pneumonia in Rheumatoid Arthritis Patients : A Case-Based Review, 9. <http://doi.org/10.4137/CCRPM.S23327.TYPE>)

Závěr

- Organizující pneumonie jako 1. manifestace RA je vzácná
 - Může dokonale imitovat septický stav u těžké pneumonie (elevace CRP, febrilie, RTG a CT nálezy)
 - Úvaha o autoimunitní příčině často přichází pozdě
 - Rozhodnutí o imunosupresivní léčbě vede k záchraně pacienta (nutno však vyloučit infekční příčinu stavu)



Děkuji za pozornost.

peter.paluch@ftn.cz