

# Neobvyklý případ plicní mykobakteriózy

Lacina L.<sup>1</sup>, Bartošová H.<sup>1</sup>, Benková K.<sup>2</sup>, Dryák P.<sup>3</sup>

- 1) Klinika pneumologie a hrudní chirurgie FN Bulovka, Praha
- 2) Oddělení patologie, FN Bulovka, Praha
- 3) Oddělení mikrobiologie, FN Bulovka, Praha

# Pacientka R.M. \*1956

**RA:** *bratr revmatoidní artritidy, matka i otec zdraví*

**Abusus:** *nekuřačka, alkohol příležitostně*

**AA:** *biseptol*

**PA+SA:** *magistra farmacie, zvířata nechová*

**FA:** *občas Detralex jinak sine*

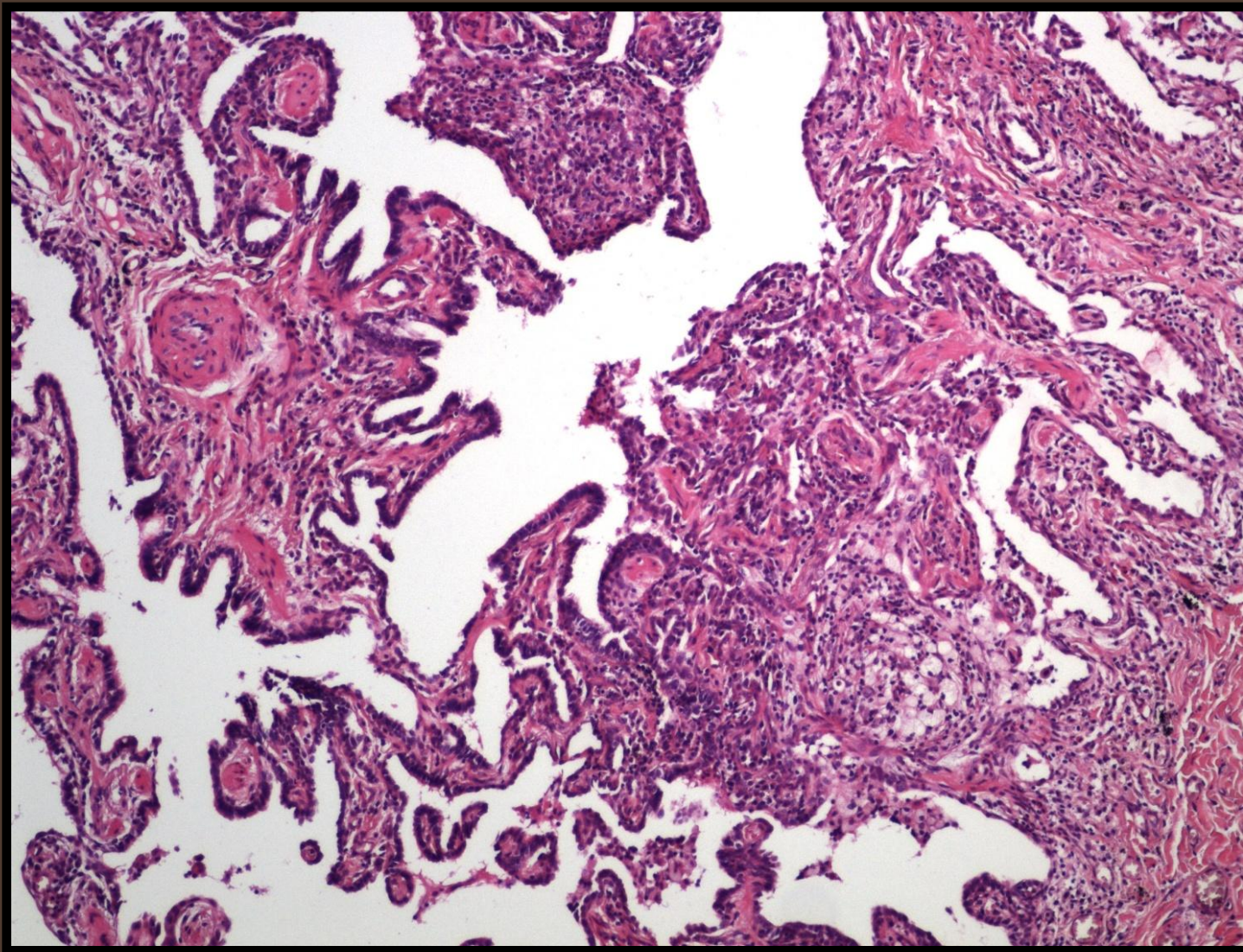
**OA:** *běžná dětská onemocnění, od r.1994 sledována pro idiopatickou plicní fibrózu, jinak se s ničím neléčí*

K nám odeslána z OTRN pro susp. dekompenzaci IPF k přešetření stavu

## Vyslovení dg. IPF v roce 1994

- Tehdy 2 roky trvající četné „bronchitidy“
- Lehká restriktivní vent. porucha, norm. DLCO
- V BAL zvýšené polymorfonukleáry
- Údaje o zobr. metodách před stanovením dg. nemáme k dispozici, v 1/95 však normální HRCT hrudníku
- V 6/94 plicní biopsie se závěrem IPF

## Biopsie plic z roku 1994



Vzorek 2x1x0,3cm, subpleurální lokalizace

Hyperplazie výstelky alveolů, septa s chron. zánětlivou celulizací

## Nasazená léčba

- V roce 1994 nasazen Prednison 40mg/den s post. snižováním
- Při kontrolách normalizace spirometrie, r.1995 i 1997 norm. nález na HRCT.
- Přesto až do roku 2001 opakovaně pro epizody horšení dechu a vyšší CIK přeléčena Prednisonem v dávkách 2,5mg obden až 5mg/den
- Po roce 2001 přestala docházet na kontroly

# 1.Vyšetření u nás – 19.3.2010

**Subjektivně:** 1 rok trvající zhoršení námahové dušnosti, občasný suchý kašel a nápadná únavnost

**Objektivně:** 168cm, 62kg, eupnoe, sklípkové dýchání s oboustrannými krepitacemi v dolní ½ hrudníku, AS pravidelná, bez šelestů, dále bez pozoruhodností

# Výsledky vyšetření

**Spirometrie:** VC 3,16..96,4%;  
FEV1 2,72..100%;  
Tiff: 86%

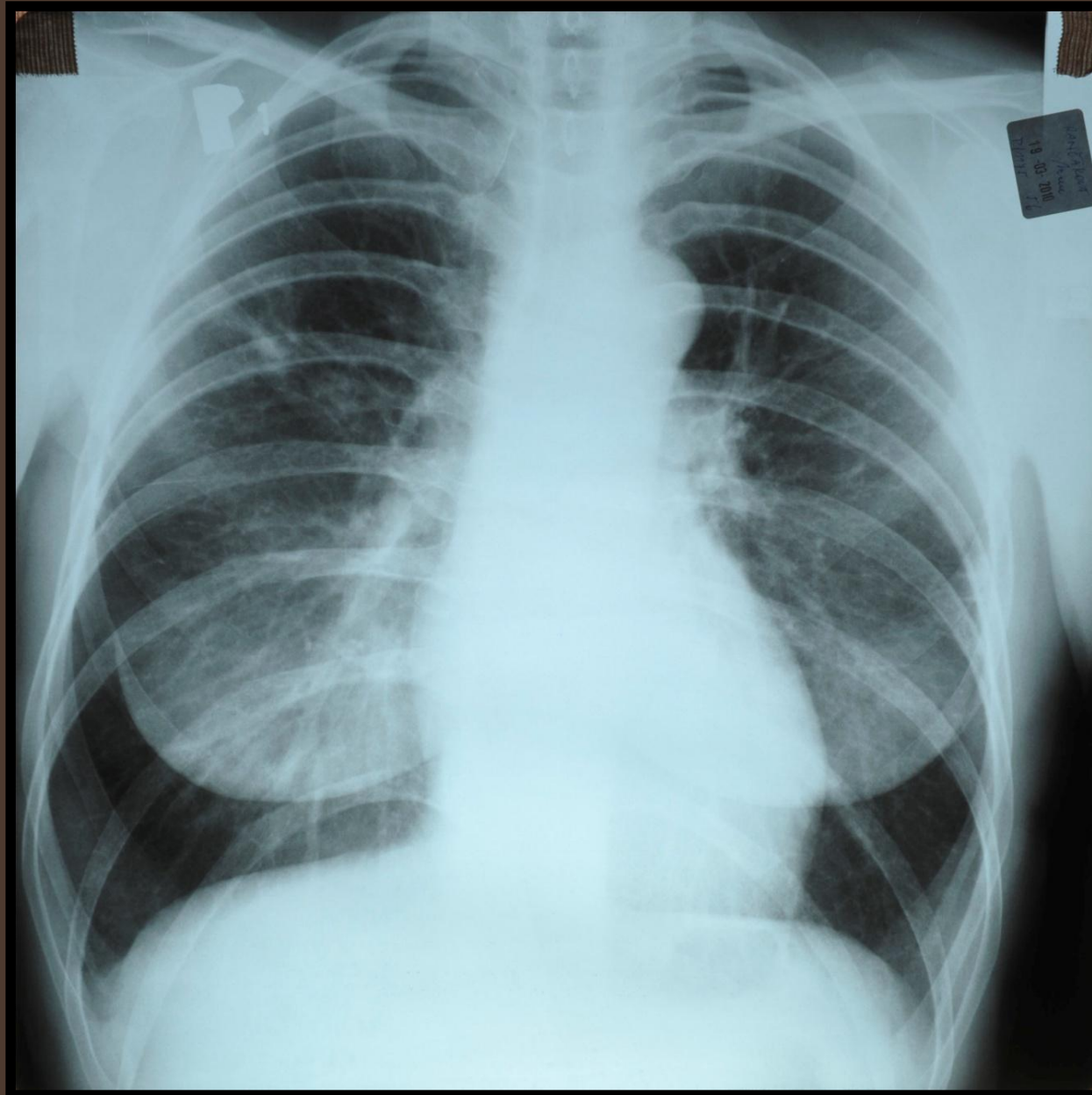
**CT/HRCT:** v S2 vpravo v.s. zánětlivá infiltrace, bilat. dorzobazálně, subpleurálně retikulace, zn. lehké intersticiální fibrózy

**Bronchoskopie:** až na nevýznamnou anomálii větvení vpravo normální nález

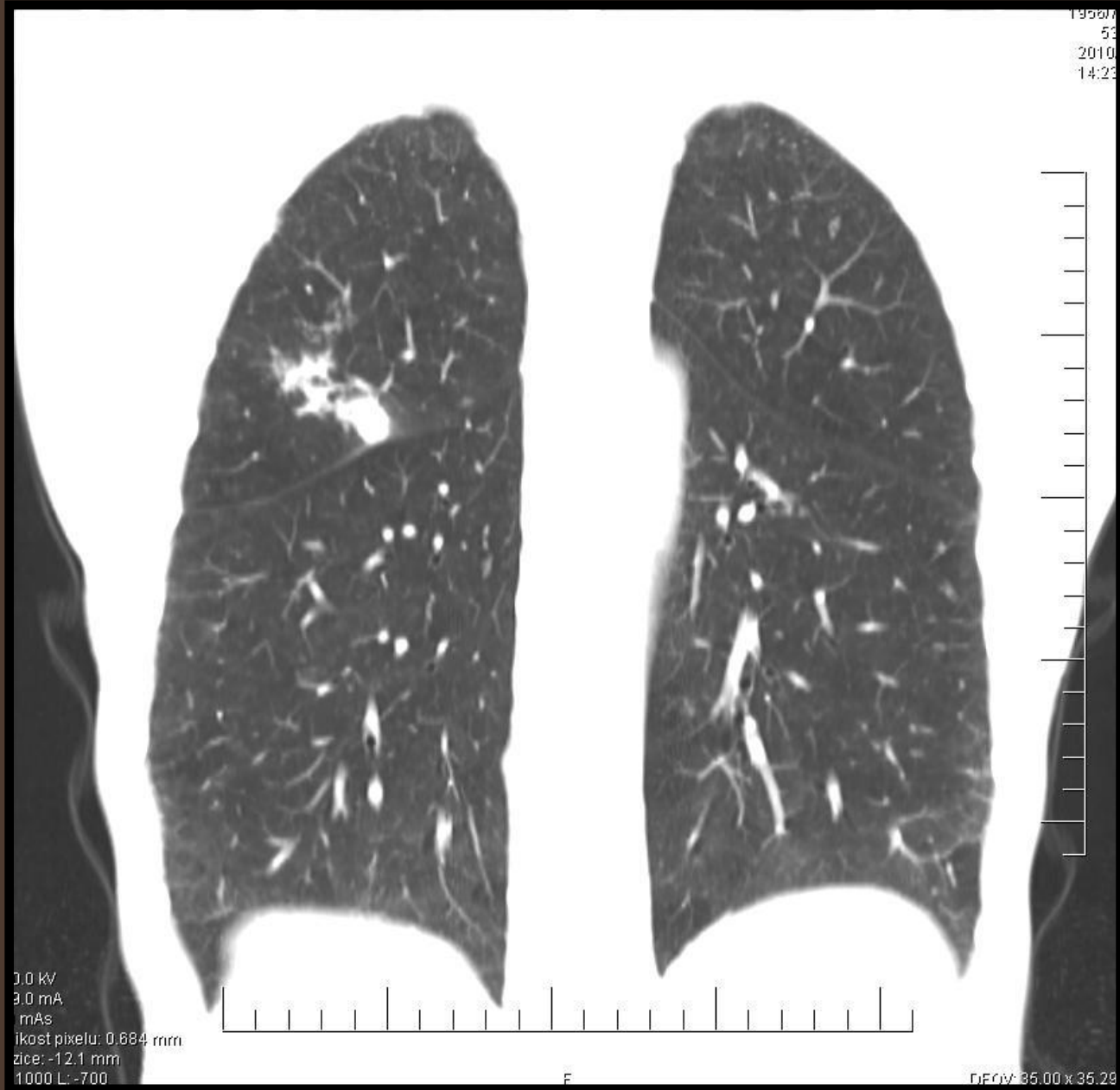
**Biochemie:** CRP 3,1 SACE 42, autoprotiátky: ANA slabě+, jinak neg

**BAL:** 33%AM, 3%EO, 7%NE, 57%LY

# Skiagram hrudníku 19.3.2010



# CT hrudníku, koronární řez, 1.3.2010



# Další vyšetřování

- Dg. IPF není ve shodě s klinickým průběhem a funkčním vyšetřením, proto provedeno 2.čtení biopsie z roku 1994

## **spíše charakter NSIP**

- (tato dg. slučitelná s pozorovaným klinickým průběhem v 90.letech)

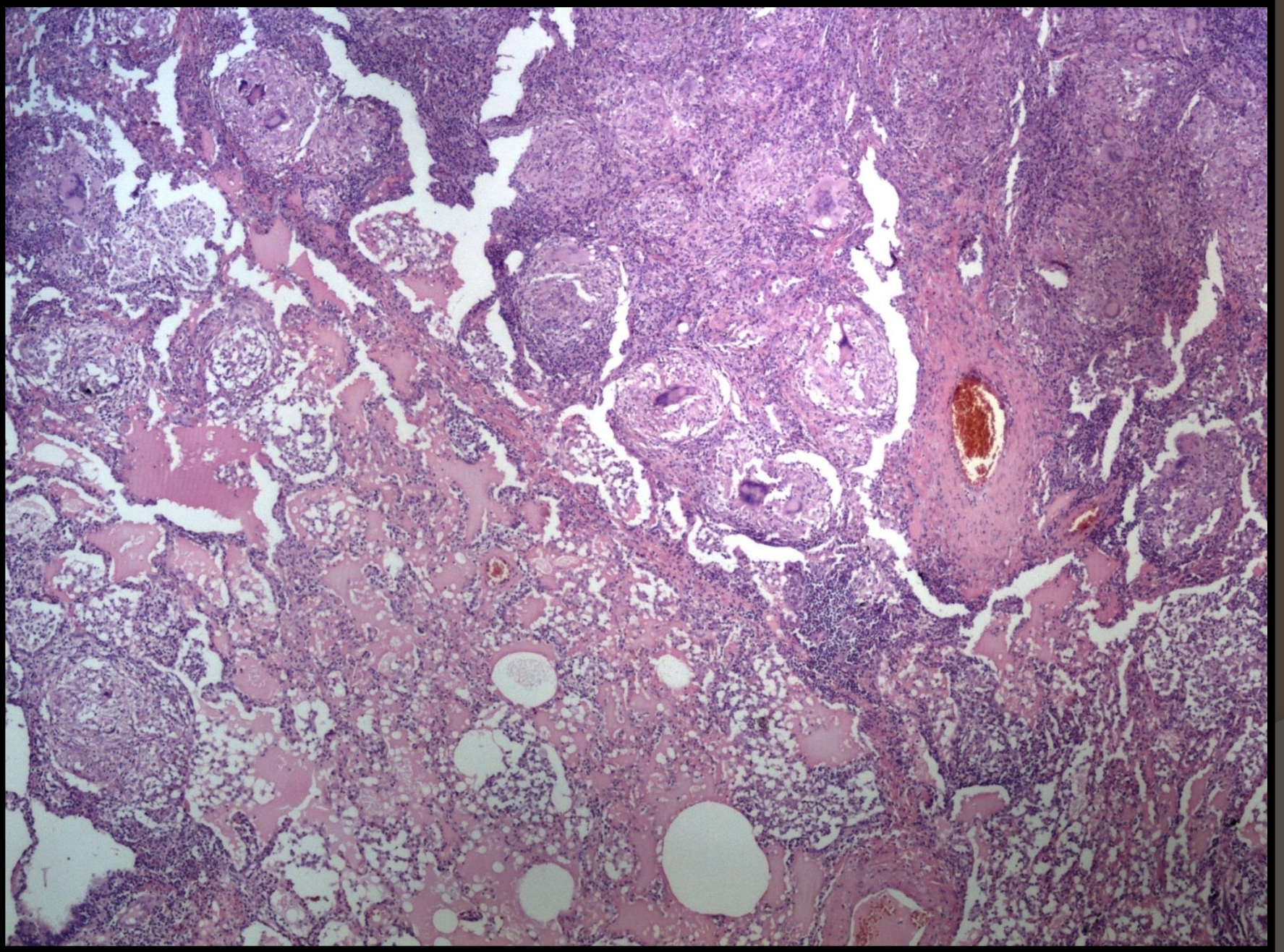
- Pro revm. artritid v RA revmatologické vyš.; poz. anti-ANA – nelze vyloučit systémové onemocnění
- HRCT po 2 měsících: přibližně stacionární, bez regrese, dle popisu v diff.dg. bronchioloalveolární karcinom či TBC změny

- diagnostické rozpaky, průběžně odebírána sputa na BK

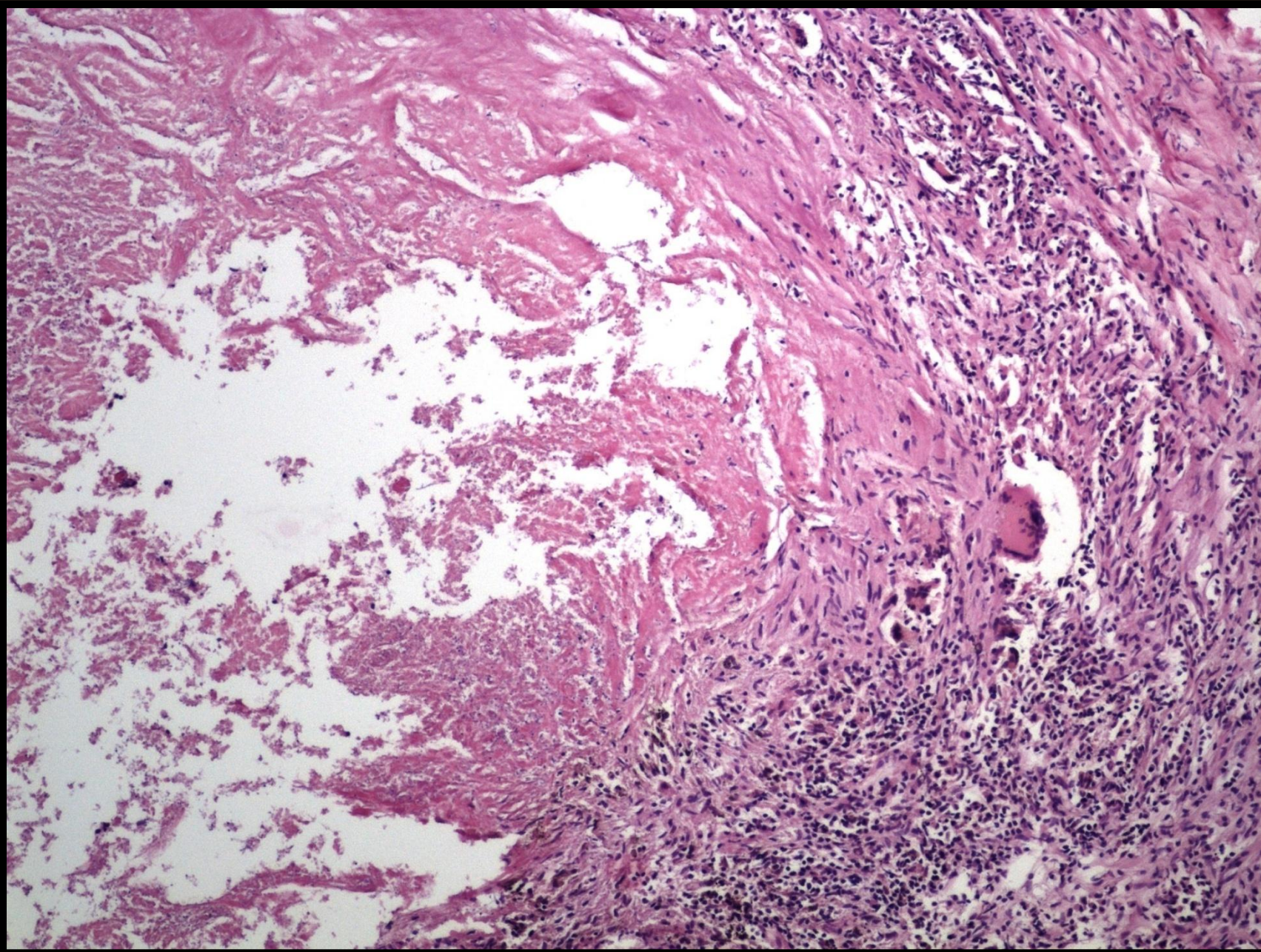
Z bronchiálního výplachu 1x kultivační pozitivita na  
**Mycobakterium avium intracelulare**

Další odběry negativní, proto indikována nová plicní  
biopsie (z thorakotomie, ne VATS)

(po provedení biopsie dodatečně hlášena pozitivita z dalšího  
dříve odebraného sputa)



Granulomy s mnohojadernými bučkami



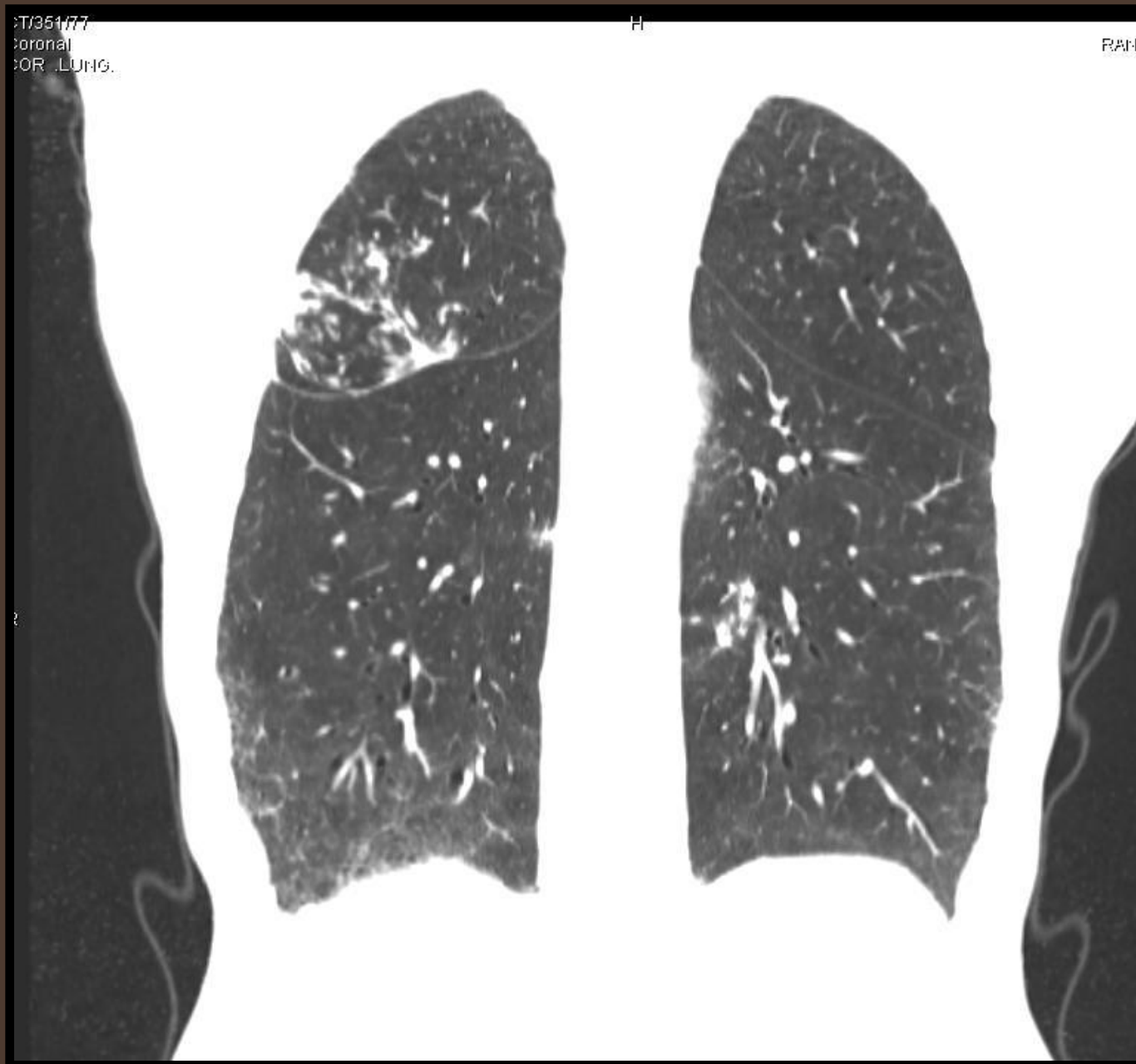
Rozsáhlá kaseozní nekróza, vpravo granulom

➤ Příklad uzavřen jako plicní mykobakteriόza  
(*M.avium intracelulare*)

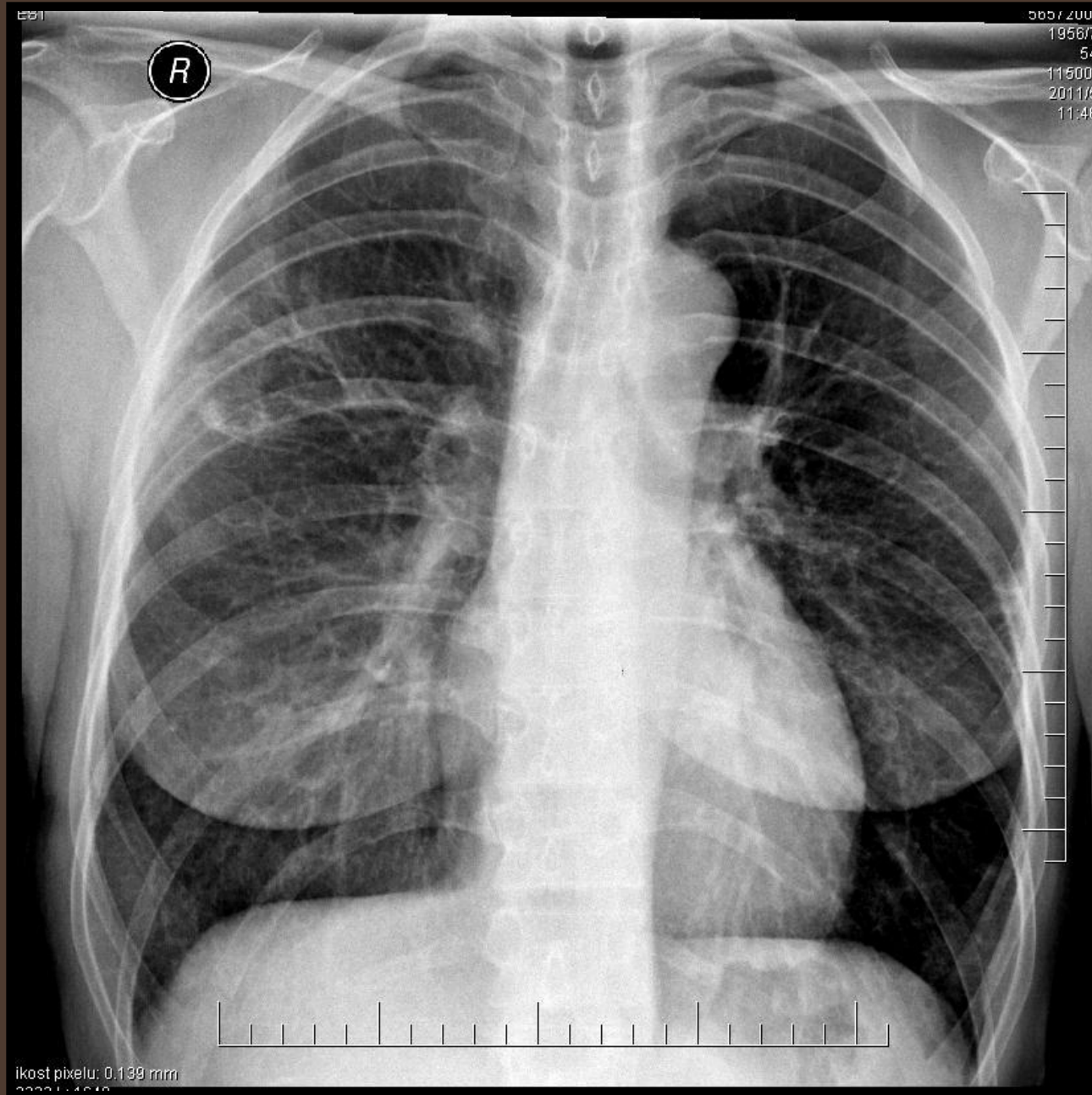
→ od 11.5.2011 zahájena AT léčba dle citlivosti:  
*Klaritromycin, Ofloxacin, Clofazimin*

➤ Do zahájení léčby RTG nález mírně progredoval, po nasazení je v parciální regresii.

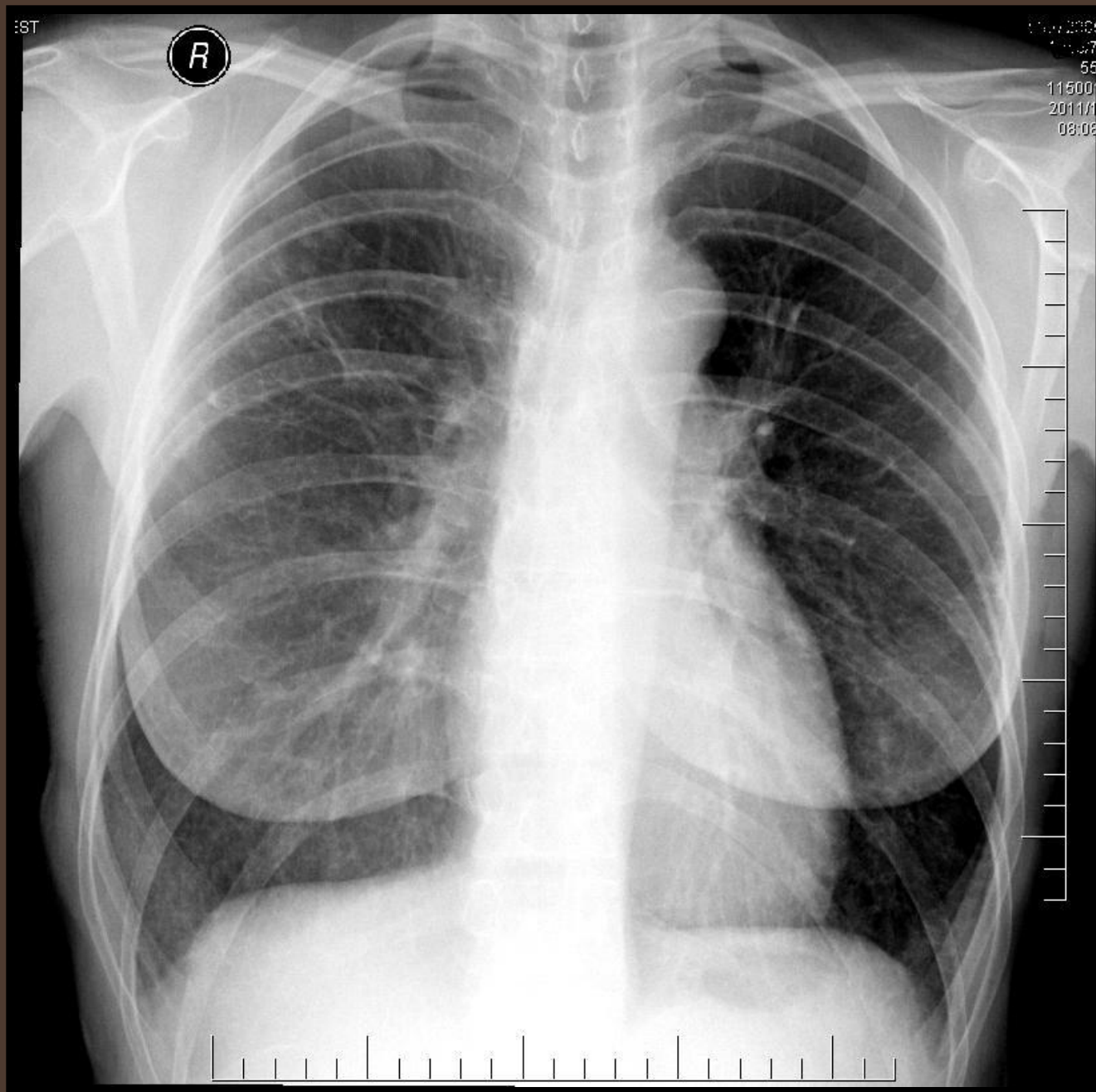
# Poslední CT před léčbou (27.4.2011)



# Skiagram hrudníku na začátku léčby (11.5.2011)



# Skiagram hrudníku 6.10.2011



# Závěr

- Určení typu IIP (a intersticiálních procesů obecně) je obtížné, je třeba shoda kliniky, histologie a rentgenového nálezu
- Pro histologické zhodnocení je třeba reprezentativní, dostatečně velký vzorek tkáně
- Z informací, které máme k dispozici, nelze vyvodit, že mykobakterióza byla způsobena opakovanými léčbami kortikoidy, je to však možné