

Kazuistika

Náš pacient bol 53-ročný muž bez závažnejšieho interného predchorobia, bez chronickej medikácie. V apríli roku 2017 navštívil spádového gastroenterológa pre dyspeptický syndróm s vomitom, pyrózou a hnačkami. Podstúpil EGD, bioptické vzorky z duodena preukázali prítomnosť intraepiteliálnych lymfocytov, bez atrofie klkov. Ďalším nálezom bola infekcia *Helicobacter pylori* (HP). Bola započatá eradikačná terapia. Ťažkosti pacienta však neustupovali, následne v tom istom mesiaci bol hospitalizovaný na internom oddelení pre úporný vomitus, GERD a nemožnosť per os príjmu. Počas hospitalizácie bola realizovaná RTG pasáž ezofágu s nálezom stagnácie kontrastnej látky nad kardiou. Po stabilizovaní klinického stavu a preliečení HP infekcie bol prepustený. Následne sa u neho objavili opuchy nôh, rozvoj ascitu a progresívne chudnutie. V júli roku 2017 bol pacient hospitalizovaný pre mechanický ileus tenkého čreva. Ako príčina bola stanovená obštrukcia tuhú stolicou, s nutnosťou operačného riešenia. Nasledovalo obdobie opakovaných hospitalizácií pre subileózne stavy, ktoré nevyžadovali operačné riešenie, boli zvládnuté konzervatívne. Pre opuchy dolných končatín bolo doplnené vyšetrenie nefrológom, ktorý stav zhodnotil ako nefrotický syndróm nejasnej etiológie. Pacient absolvoval aj reumatologické vyšetrenie, kde bolo vyslovené podozrenie na MCTD a bolo doporučené doplniť vyšetrenie špecifických protilátok. V decembri roku 2017 bol opäť hospitalizovaný pre subileus, ascites, edémy a hypoproteinémiu. Za účelom diferenciálnej diagnostiky ascitu, hnačiek, kachexie a progresívneho úbytku hmotnosti (celkovo

Tab. 1. Prehľad niektorých výsledkov laboratorných vyšetrení u pacienta

Glukóza	3,7 mmol/l
Urea	12,9 mmol/l
Kreatinín	44 μmol/l
CRP	78,2 mg/l
Celkové bielkoviny	44,9 g/l
Albumín	20,8 g/l
Reumatický faktor	5,4 kU/l
Železo	8,6 μmol/l
Celková bielkovina v moči	1,760 g/l
Hemoglobín	81 g/l
p-ANCA	negatívni
ANA	negatívni
anti Ro – 52	+++
anti RNP	+++

42 kg za 9 mesiacov) bol pacient preložený na naše oddelenie Internej kliniky gastroenterologickej. Pri príjme na naše oddelenie bol pacient kachektický, boli prítomné edémy dolných končatín, ascites, výrazná hypotrofia svalstva, Raynaudov fenomén na prstoch horných a dolných končatín (Obr. 1 a 2). Pri výške 185 cm bola pacientova hmotnosť 50 kg. Laboratórne bola prítomná ťažká hypoproteinémiu, sideropénia a elevácia CRP (výsledky niektorých laboratorných vyšetrení uvádza tab. 1). V prvom kroku realizujeme diagnostickú punkciu ascitu. Získaná vzorka bola biochemicky a mikrobiologicky vyšetrená, ascites vykazoval charakter transudátu, cytologické vyšetrenie preukázalo prítomnosť lymfocytárno-histiocytárneho infiltrátu bez prejavov akútneho zápalu

Obr. 1. Pacient pri príjme na oddelenie Internej kliniky gastroenterologickej UN Martin

