

proběhlou infekci. Vyšetření avidity protilátek pak pomáhá v některých případech rozlišit mezi primoinfekcí a reaktivací CMV (5, 6).

Průkazem CMV antigenu imunohistochemickou metodou pomocí monoklonálních protilátek lze s vysokou prediktivní hodnotou zachycovat CMV v časném stadiu infekce nebo detekovat přítomnost CMV v zasažených orgánech. Riziko této metody je v její možné falešné pozitivitě zaviněné zkříženou reakcí s jinými virovými antigeny. Pro detekci infikovaných buněk v biopsiích se využívá monoklonální protilátka proti časnému proteinu CMV (pp 72), která je přítomna v zasažených tkáních již 48 hodin po infekci (6).

Závěr

CMV se závažnými klinickými projevy není neobvyklou komplikací u imunokompromitovaných jedinců. Symptomy u imunokompetentních jedinců se zpravidla omezují na mononukleóзовý syndrom s únavou a subfrevriemi. Orgánové postižení u imunokompetentních jedinců je poměrně vzácné. V naší kazuistice popisujeme raritní mani-

festaci CMV infekce – cirkulárně stenózující pseudotumorózní postižení žaludku. Většinou autorů je doporučována terapie inhibitory protonové pumpy a event. eradikace konkomitantní infekce *Hel. pylori*. Některými autory je CMV gastritida považována za „self-limiting“ onemocnění a mimo IPP nedoporučují antivirovou terapii (7). Ve většině případů se IPP terapie ukázala být efektivním řešením (10, 7). V některých případech byli pacienti léčeni ganciklovirem (8, 9).

Je otázkou, zdali byla v našem případě CMV infekce primární příčinou ulcerací nebo „nasedá“ na preexistující lézi. Domníváme se, že vzhledem literárně popisovanému vymizení CMV inkluzí z hojících se ulcerací (10) a práci Murraye et al., která neprokazuje na malém souboru pacientů CMV infekci v preexistujících lézích (11) lze považovat cytomegalovirus v případě jeho detekce v slizničních lézích žaludku za jejich kauzální agens.

Práce byla podpořena výzkumnými projekty RVO VFN64165/2012 (MZ ČR) a PROGRES Q25 (1. lékařská fakulta Karlovy Univerzity)

LITERATURA

1. Beneš J. Infekční lékařství. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-644-1, str. 184–187.
2. Rafailidis PI, Mourtzoukou EG, Varbobitis IC, Falagas ME. Severe cytomegalovirus infection in apparently immunocompetent patients: a systematic review. *Virology*. 2008; 5: 47.
3. Boteon YL, Alves IP, da Silva AP, et al. Obstructive Gastric Pseudotumor Caused by Cytomegalovirus in an AIDS Patient: A Case Report and Review of Surgical Treatment. *Am J Case Rep*. 2015; 16: 536–541.
4. Galiatsatos P, Shrier I, Lamoureux E, et al. Meta-analysis of outcome of cytomegalovirus colitis in immunocompetent hosts. *Dig Dis Sci* (2005) 50: 609.
5. Chmelová K, Fraňková S, Šperl J. Cytomegalovirová infekce a játra, *Gastroent Hepatol* 2017; 71(6): 517–523.
6. Ross SA, Novak Z, Pati S, Boppana SB. Overview of the diagnosis of cytomegalovirus infection. *Infect Disord Drug Targets*. 2011; 11(5): 466–474.
7. Kastenbauer U, Ließ H, Kremer M. CMV-assoziertes Ulcus ventriculi bei einem immun-kompetenten Patienten [CMV-associated gastric ulcer in an immunocompetent male patient]. *Internist (Berl)*. 2016; 57(7): 724–727. German.
8. Crespo P, Dias N, Marques N, Saraiva da Cunha J. Gastritis as a manifestation of primary CMV infection in an immunocompetent host. *BMJ Case Rep*. 2015.
9. Krajčec E, Shivashankar R, Hansel S. Cytomegalovirus and the Seemingly Immunocompetent Host: A Case of a Perforating Gastric Ulcer. *ACG Case Rep J*. 2017; 4: e27. Published 2017 Mar 1.
10. Ebisutani C, Kawamura A, Shibata N, et al. Gastric ulcer associated with cytomegalovirus in an immunocompetent patient: method for diagnosis. *Case Rep Gastroenterol*. 2012; 6(2): 365–368.
11. Murray RN, Parker A, Kadakia SC, et al. Cytomegalovirus in upper gastrointestinal ulcers. *J Clin Gastroenterol*. 1994; 19(3): 198–201.