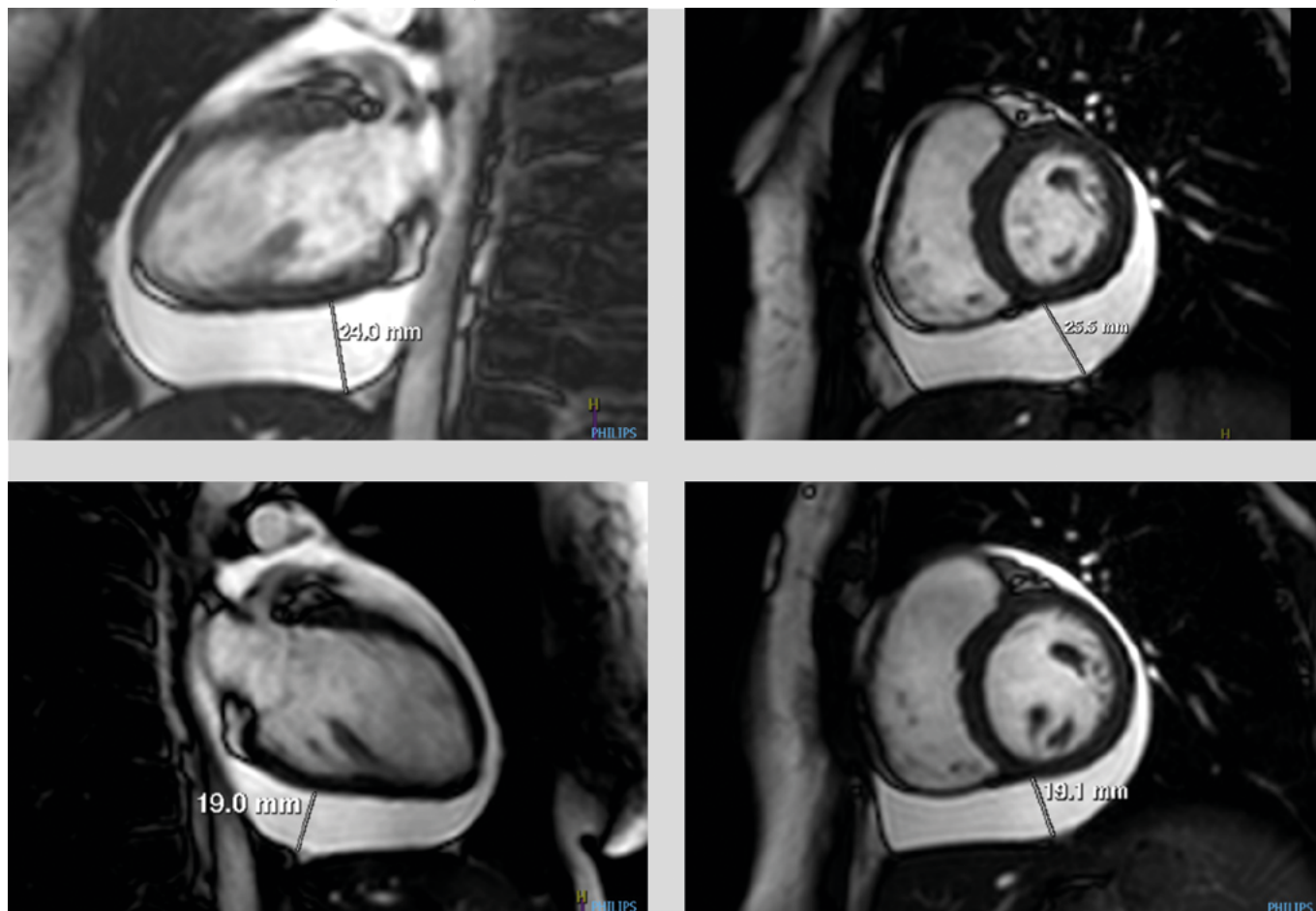


**Obr. 4. (a, b, c, d)** MRI srdce. Dynamické zobrazování ve vertikální dlouhé ose (dvoudutinová projekce) a krátké ose. Patrný perikardiální výpotek s maximem pod spodní stěnou levé komory při vstupním vyšetření (a, b) a jeho jednoznačná regrese po 2 dnech kortikoterapie (c, d)



velmi dobře a došlo k rozvoji klinické, laboratorní a sonografické remise onemocnění.

Od července 2020 pacientka udávala zhoršení průjmů a teploty. Vyšetřením stolice prokazujeme clostridiovou kolitidu (pozitivní antigen i toxin stanovený metodou enzymové membránové imunoanalýzy, výsledek byl následně potvrzen i kultivací). Podávání biologické léčby jsme přerušili a nastolili léčbu perorálním vankomycinem (125 mg co 6 hodin na 10 dní). I přes zaléčení střevního infektu nadále přetrvávaly subfebrilie a systémové známky zánětu. Fyzikálním vyšetřením nebyla nalezena patologie. USG břicha a střeva bylo s přiměřeným nálezem, pro definitivní vyloučení mezikličkového abscesu bylo provedeno i CT břicha. RTG plic i vyšetření moči chemicky, sedimentem i kultivací taktéž neukazovalo závažnou atypii. Sérologické vyšetření na infekční hepatitidy (včetně HCV s přetrvávající negativní viremii), HIV, EBV, cytomegalovirus, adenoviry, viry chřipky, parvoviry, chlamydie, viry *Varicella zoster* a herpetické viry, Borelie, *Mycoplasma*, *Candida albicans* bylo negativní a opakované odběry hemokultur při febriliích nevykazovaly systémovou mikrobiální infekci. STD (sexual transfer disease) včetně stěrů z urogenitální oblasti byly negativní. Pro bolesti zad indikována magnetická rezonance bederní oblasti bez nálezu spondylodiscitidy či jiné patologie. V širší diferenciální diagnostice s cílem vyloučit infekční endokarditidu bylo provedeno transthorakální echo vyšetření srdce, kde nebyly nalezeny vegetace na chlopních či endokardu, ale překvapivě zde byl diagnostikován velký perikardiální výpotek. Pacientka neměla

klinické příznaky, které by svědčily pro akutní perikarditidu – byla bez bolestí na hrudi a EKG křivka byla bez typických změn. Prostý snímek srdce a plic neprokazoval rozšíření srdečního stínu. Při pátrání po etiologii perikardiální tekutiny byl vyjma infekční příčiny zvažován i eventuální raritní projev serozitidy při možném adalimumabem indukovaném lupus syndromu (tzv. ATIL, anti-TNF induced lupus) nebo jiný nežádoucí účinek adalimumabu. Ten byl naposledy podán před deseti týdny, jeho biologický poločas je 10–14 dní a nejevilo se tedy pravděpodobně, že by s takovým odstupem od vysazení mohl způsobit nežádoucí účinky (3). Antinukleární (ANA) i protilátky pro extrahovaným nukleárním antigenem (anti-ENA) byly negativní a nejednalo se o poškození kůže, ledvin či CNS, které je pro manifestaci ATIL typičtější.

K vyloučení akutní perikarditidy byla indikována magnetická rezonance srdce (MRI srdce), která potvrdila cirkulární perikardiální výpotek s maximem pod spodní stěnou levé komory, kde dosahovala separace perikardiálních listů 26 mm (Obr. 4 a, b). V důsledku počínající oběhové nestability s projevy hypotenze a tachykardie bylo vyšetření provedeno vstupně bez podání kontrastní látky ve zkráceném režimu. Poté došlo k oběhové kompenzaci pacientky na podkladě intenzivní rehydratace a započaté terapii kortikoidy. Punkce perikardiálního výpotku byla vstupně zvažována hlavně s cílem přiblížit se etiologii výpotku. Vzhledem k promptní reakci na kortikosteroidní léčbu a časnou redukcii objemu perikardiální tekutiny jsme od evakuační punkce upustili.