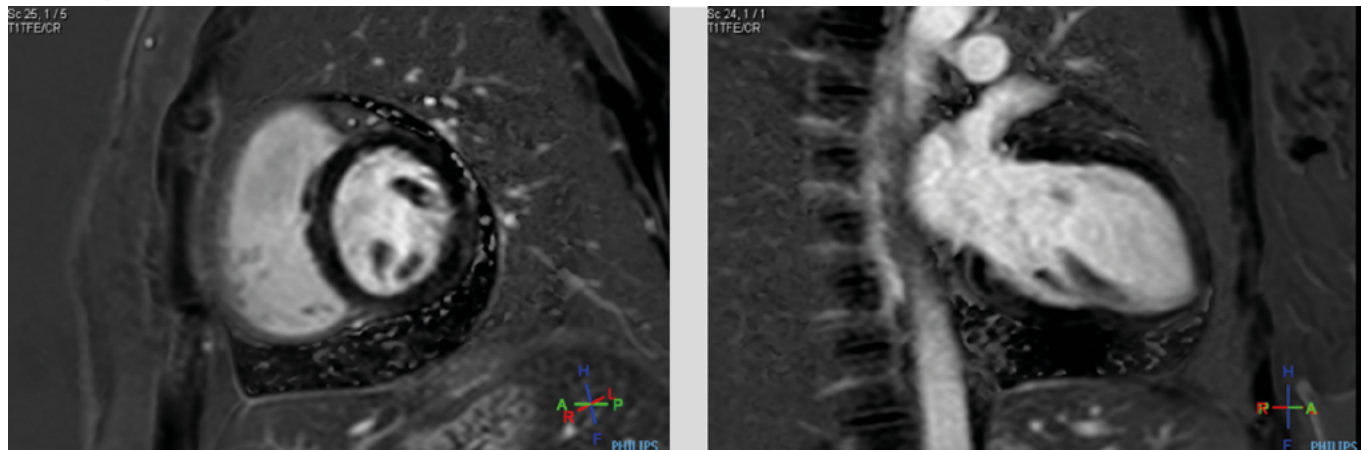


**Obr. 5. (a, b).** MRI srdce. Pozdní postkontrastní sekvence ve vertikální dlouhé ose (dvoudutinová projekce) a krátké ose: perikardiální listy bez průkazu pozdního syčení gadoliniovou kontrastní látkou



K systémové terapii kortikosteroidy jsme se přiklonili s ohledem na anamnézu Crohnovy choroby a možnost mimostřevního projevu tohoto onemocnění. Časně zlepšení klinického stavu pacientky umožnilo dokončit MRI srdce již do 48 hodin od prvovýšetření. I během takto krátké doby byl patrný jednoznačný efekt kortikoterapie s regresí perikardiálního výpotku (Obr. 4 c, d). Nález ale neprokázal edematózní ztlustění perikardiálních listů ani jejich pozdní syčení gadoliniovou kontrastní látkou, které by svědčilo pro akutní perikarditidu (Obr. 5 a, b). I přesto jsme s ohledem na jednoznačný a rychlý efekt léčby v kortikoterapii pokračovali. Následně echokardiografické kontroly pak dokazovaly další vymizení výpotku při postupné destrukci kortikoidů a došlo rovněž k normalizaci laboratorního nálezu (CRP 0.9 mg/l, WBC 8.1 g/l). Pacientka neudávala nové obtíže, cítila se dobře a byla indikována k časně kontrole v gastroenterologické ambulanci s laboratorními odběry, koloskopickému vyšetření a následně k rozhodnutí o typu udržovací léčby.

## Diskuze

V naší kazuistice se věnujeme netypickému případu hemodynamicky významného perikardiálního výpotku jako možného extraintestinálního projevu idiopatického střevního zánětu.

Kardiální manifestace IBD je v literatuře popisována velmi zřídka, a to převážně ve formě kazuistických sdělení. Prevalence akutní perikarditidy jako mimostřevního projevu u IBD v dospělém věku je udávána 0,23 % a nebyla prokázána jasná asociace s aktivitou střevního zánětu (4, 5). Tíže obtíží mnohdy osciluje od sotva patrného výpotku až k těžkým život ohrožujícím srdečním tamponádám. Patofyziologicky se pravděpodobně jedná o serozitidu vyplývající ze systémové zánětlivé odpovědi, a jak již bylo uvedeno výše, mnohdy je diagnóza stanovena per exclusionem. Quazi prezentuje 2 kazuistiky perikardiálního postižení u pacientů s ulcerózní kolitidou, obě s velmi dobrou odpovědí na léčbu systémovými kortikosteroidy. Gils pak popisuje rekurentní výskyt perikarditidy po vysazení kortikoidní léčby u mladé dívky léčené s IBD (6, 7). Ve výše uvedených kazuistických sdělení ale došlo k diagnostice perikarditidy na podkladě klinické manifestace onemocnění – bolesti na hrudi doprovázené EKG změnami. V našem případě byl perikardiální výpotek náhodným nálezem při echokardiografickém vyšetření

a dominantními příznaky onemocnění byly febrilie spojené s elevací zánětlivých markerů (při absenci jiné etiologie tohoto laboratorního nálezu). S ohledem na jednoznačný efekt kortikoterapie předpokládáme zánětlivou etiologii perikardiálního výpotku v rámci tohoto autoinflamatorního onemocnění i přes chybějící MR známky probíhající akutní perikarditidy.

V diferenciální diagnostice perikardiálního výpotku a perikarditidy musíme primárně odlišovat infekční etiologii zánětu a nežádoucí účinky podávaných léků. Další příčiny, jako systémové onemocnění, traumata či idiopatické postižení, jsou poměrně vzácné (5). Nejvíce dat máme k dispozici pro perikarditidy asociované s léčbou mesalazinem, méně pak s azathioprinem či biologickou léčbou infliximabem či adalimumabem. Všechna výše uvedená léčiva však musíme akceptovat jako medikaci, která potenciálně evokuje rozvoj tohoto postižení. Park a Waite ve svých sděleních popisují mesalazinem indukované postižení s dobrým efektem vysazení vyvolávající medikace a následně kortikoidní léčby (4, 8).

Naše pacientka neužívala aminosaliciláty od roku 2012, azathioprin jen krátkodobě v první polovině roku 2020 a biologická léčba adalimumabem byla nemocně vysazena z důvodů střevní clostridiové infekce více než 2 měsíce přes stanovením diagnózy. V diferenciální diagnostice etiologie výpotku jsme však zvažovali i tento faktor. Vzhledem ke krátkému biologickému poločasu adalimumabu (10–14 dní) je tato verze nepravděpodobná. V literatuře je taktéž popisován časný nález perikardiálního postižení nedlouho po infuzi či s.c. podání biologika či přímo v asociaci s aplikací (3, 9). Mirza ve své kazuistice zmiňuje asociaci perikardiálního postižení s anti-TNF léčbou vyvolaným lupusem (10).

## Závěr

Prezentovaná kazuistika nás seznámila s hemodynamicky významným perikardiálním výpotkem jako možným netypickým mimostřevním projevem Crohnovy choroby u mladé ženy. Dominantním klinickým projevem nebyly bolest na hrudi, dušnost či EKG změny, ale recidivující febrilie a elevace zánětlivých markerů. Systémová léčba kortikosteroidy vedla velmi časně k vymizení výpotku, k normalizaci laboratorních nálezu a zlepšení klinického stavu pacientky.