

účinků spojená s jeho užíváním. Mezi nejčastější patří: oční rohovková depozita v 95 % případů, gastrointestinální potíže u 35 % pacientů (nauzea, zvracení, nechutenství), kožní fotosensitivita a dobře známé thyreopatie, vyskytující se až u 25 % pacientů (4). K méně častému, o to však závažnějšímu nežádoucím účinku, patří amiodaronem indukované postižení plic (AIPP) prezentované v následující kazuistice.

Kazuistika

80letý polymorbidní muž byl na naši kliniku přijat v červenci 2020 k došetření recidivujících bronchopnemonií, makroskopické hematurie a k dechové a fyzické rehabilitaci. V osobní anamnéze dominovaly paroxysmální fibrilace síní, chronické srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí (heart failure with preserved ejection fraction – HFpEF), hypertenzní nemoc a chronická renální insuficience 3. stupně dle CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration). V dlouhodobě užívané medikaci jsme dokumentovali kombinaci antihypertenzní medikace (metoprolol, lerkandipin, spironolakton, urapidil), amiodaron v dávce 200 mg/den a dlouhodobou orální antikoagulaci apixabanem, který byl v době přijetí nahrazen nadroparinem v redukované dávce z důvodu hematurie. Subjektivně pacient udával mírné zhoršení dušnosti v posledním roce (NYHA II), které bylo dáváno do souvislosti s HFpEF. Ve fyzikálním vyšetření dominovaly poslechově bilaterální krepitace nad plicními bazemi.

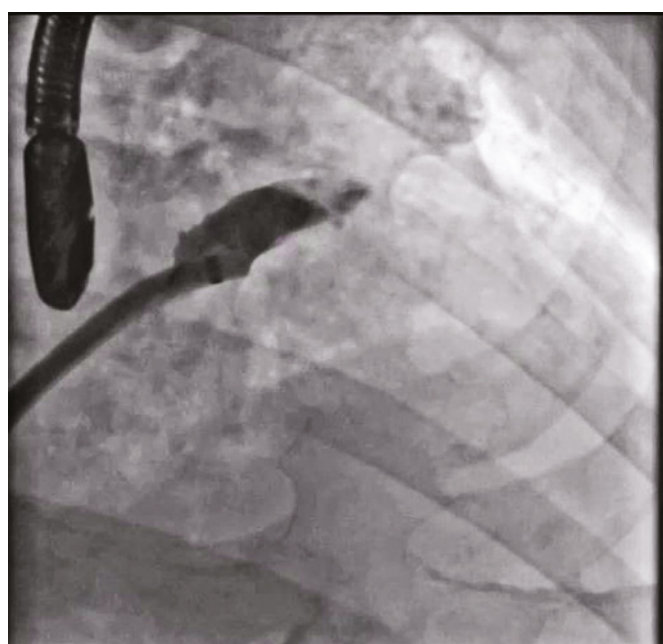
V první části se ve stručnosti zaměřujeme na makroskopickou hematurii a její řešení (bez dalších komentářů v následné diskuzi – není tématem této práce). Druhá část bude věnována samotné plicní problematice, stejně jako hlavní body diskuze.

Makroskopická hematurie přetrvávala u pacienta od přijetí. Pro vysoké ischemické riziko při paroxysmální fibrilaci síní (CHA2DS2-VASc skóre 4 – stratifikace vysokého rizika ischemické cévní mozkové příhody u pacientů s fibrilací síní) byl pacient dlouhodobě na orální antikoagulační terapii apixabanem, které přetrvávalo i při kompromisní dávce nadroparinu. Při opakovaných urologických a cystoskopických vyšetřeních nebyl nalezen ošetřitelný zdroj krvácení, popisováno bylo spíše difuzní slizniční krvácení. Histologické vyšetření vzorku stěny močového měchýře neprokázalo onkologicky suspektní buňky. Pro vysoké krvácivé riziko (HAS-BLED skóre 4 – skórovací systém pro hodnocení rizika závažného krvácení u pacientů s fibrilací síní užívajících antikoagulační terapii) a současně výše zmíněné ischemické riziko při paroxysmální fibrilaci síní byl indikován katetizační uzávěr ouška levé síně okludérem Amulet (Amplatzer) 25 mm. Výkon proběhl bez komplikací s optimálním výsledkem (obrázky 1–3). Oproti obvyklé počáteční duální antiagregační terapii zde byla zvolena 3měsíční monoterapie clopidogrelem s následným převodem na acetylsalicylovou kyselinu. Hematurie promptně po výkonu regredovala a nebylo třeba dalších urologických intervencí.

Plicní postižení. Během 3 měsíců byl pacient opakovaně hospitalizován pro bilaterální pneumonie. Při první hospitalizaci v dubnu 2020 byl nález potvrzen dle prostého rentgenového snímku (RTG) hrudníku (Obr. 4) i dle počítačové tomografie (CT) plic (Obr. 5). Na CT byly popisovány bilaterální plicní infiltráty typu ground-glass opacit – v období epidemie covidu-19 vzniklo podezření spíše na virovou

pneumonii, která však byla opakovaně vyloučena negativními stěry z nasopharyngu, stejně jako další běžní původci pneumonií. Pacient byl přeléčen empiricky kombinací antibiotické terapie (klarithromycin + ceftriaxon), a to s dobrým efektem a parciální regresí infiltrací na kontrolním RTG plic (Obr. 6). Z pohledu pneumologa bylo vysloveno podezření na intersticiální plicní proces a pro anamnézu dlouhodobého užívání amiodaronu (užíván od r. 2013; kumulativní dávka více než 150 g) konkrétně na amiodaronem indukované postižení plic. Anamnesticky byl však amiodaron jediným tolerovaným antiarytmikem pro udržení sinusového rytmu, a proto nebylo indikováno jeho vysazení. V klinicky dobrém stavu, s infiltracemi ve významné regresi, byl pacient přeložen do Odborného léčebného ústavu k další rehabilitaci. Důležitou informací

Obr. 1. Uzávěr ouška levé síně – sizing ouška levé síně



Obr. 2. Uzávěr ouška levé síně – katetizační umístění okludéru do ouška levé síně

