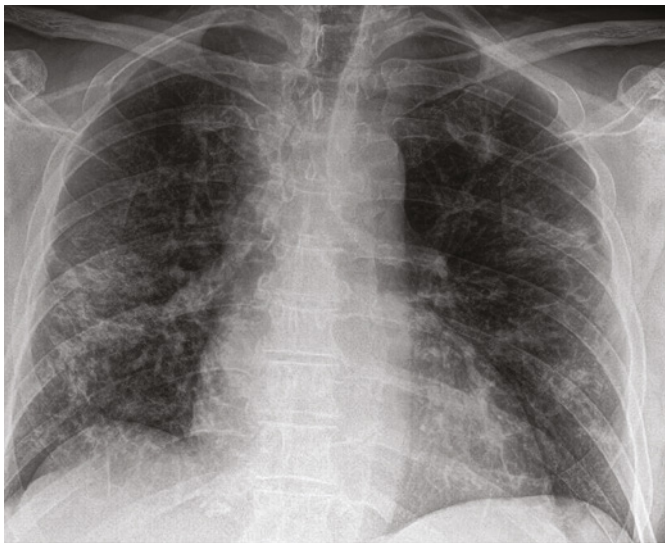
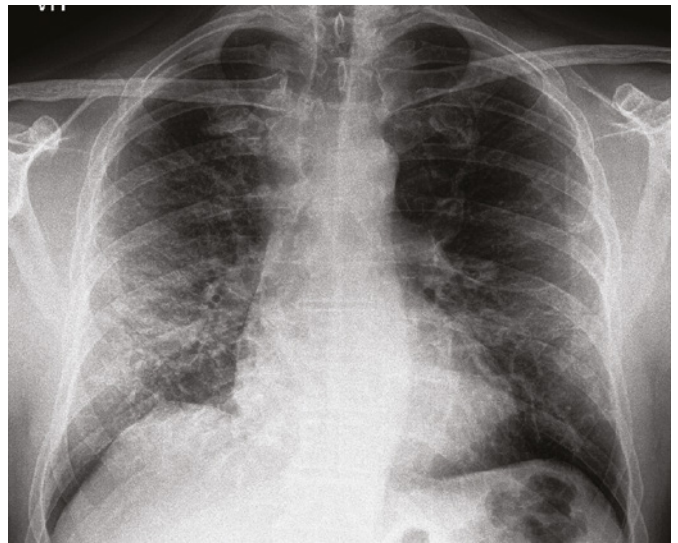


Obr. 1. Skiagram hrudníku při příjmu, 29. 10. 2020 – bilaterální infiltráty s periferní predomancí

hospitalizace nebyla nutná oxygenoterapie, postupně docházelo ke zlepšování klinického stavu, poklesu CRP (51,4...20,3...13,7 mg/l) i mírné parciální regresi plicních infiltrátů (Obr. 2). Na základě komplexních mikrobiologických odběrů nebyla prokázána spoluúčast jiného bakteriálního či virového agens (vylučovány *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Bordetella*, RS virus, influenza A i B; negativní byly rovněž kultivace ze sputa). Dne 6. 11. 2020 byl dimitován v kardiopulmonálně kompenzovaném stavu do domácí péče.

Dne 23. 11. 2020 se dostavil na kontrolu do post-covidové ambulance Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy Fakultní nemocnice Olomouc. Nereferoval jakékoliv subjektivní potíže. Na skiagramu hrudníku byly ale překvapivě nově přítomny heterogenní stíny vpravo ve středním a dolním poli. Na levé plíci byla dále zřetelná progresse heterogenních stínů ve středním poli, které byly až ložiskového charakteru (Obr. 3). Laboratorní nález byl bez pozoruhodností, CRP 8,2 mg/l. K objasnění nálezu jsme doplnili počítačovou tomografii s vysokým rozlišením (high-resolution computed tomography – HRCT). Ta prokázala přítomnost vícečetných solidních i dutinových ložisek s maximem v obou dolních lalocích plic. Část lézí měla širší stěnu, některá i tekutinový obsah (Obr. 4 a, b, c). V diferenciální diagnostice v tuto chvíli připadal v úvahu mykotický či specifický proces, septické emboly, eventuálně granulomatóza s polyangiitidou. Vyšetření na panel autoprotilátek neprokázalo podezření na vaskulitidu či jiné systémové autoimunitní onemocnění (negativní ANA, ANCA, RD, anti-ss-DNA, anti-ds-DNA). Normální bylo taktéž vyšetření hladin základních tříd imunoglobulinů a parametrů buněčné imunity. Doplnili jsme ORL vyšetření (normální nález), doplněna byla i biopsie nosní sliznice, kde byl popsán histologicky pouze papilom s lehkou dysplazií. Dne 4. 12. 2020 bylo doplněno bronchoskopické vyšetření v lokální anestezii: endoskopicky bez patologie v dosahu bronchoskopu. Bronchoaleveolární laváž prokázala pouze hraničně zvýšené zastoupení lymfocytů (10 %) a neutrofilů (6 %); imunoregulační index (CD4/CD8) byl snížen – 0,54. Komplexní mikrobiologické vyšetření (včetně průkazu pneumocysty, cytomegaloviru, Epstein-Barrové viru, Herpes simplex viru, kultivace na Kochův bacil a mykologické kultivace) bylo kompletně negativní.

Obr. 2. Skiagram hrudníku před propuštěním 6. 11. 2020 – mírná parciální regrese infiltrátů, patrná zejména vlevo bazálně

Vzhledem k chybění klinických potíží byla domluvena strategie observace. Dne 27. 1. 2021 jsme doplnili kontrolní HRCT plic, kde byla patrna spontánní parciální regrese solidních i dutinových ložisek v obou plicích – ložisek ubylo a přítomná ložiska byla již bez kavitací (Obr. 5A, B, C).

Sledování pacienta dále pokračovalo v režimu kontrolních skiagramů hrudníku a preventivních laboratorních odběrů k vyloučení demaskování jiného onemocnění. V dalším sledování byla nadále patrna postupná spontánní regrese nálezu oboustranně (obrázek 6A, B, C). Klinický stav pacienta je nadále příznivý a zůstává v našem sledování.

Diskuze

Přesná příčina vzniku (post)infekčních pneumatokél není dosud známa. Většina autorů uvádí teorii o endobronchiálním chlopním mechanismu spojeném s hromaděním vzduchu v plicích (tzv. air trapping). U některých pacientů dochází ke vzniku distálně lokalizovaných vzduchových cyst (3). Další teorie pracuje s myšlenkou, že

Obr. 3. Skiagram hrudníku 23. 11. 2020 – nově heterogenní stíny vpravo ve středním a dolním poli, vlevo navíc progresse heterogenních stínů ve středním poli, některé s naznačeným fenoménem hladiny