

až do 100 % (10). Například dle studie 39 pacientů hospitalizovaných pro imunitně zprostředkovanou DAH z roku 2018 byla úmrtnost za hospitalizace 28,2 % (11). Česká studie ze stejného roku zjistila u 32 pacientů celkovou nemocniční mortalitu srovnatelnou, a to 27,3 % (3).

Prezentace případu

U 43leté pacientky došlo asi měsíc před hospitalizací krátce po proděláním onemocnění covid-19 s lehkým průběhem (bronchitida) k rozvoji únavy, slabosti, subfebrilií a pocitu celkové schvácenosti. Začala pociťovat občasně migrující bolesti malých i velkých kloubů, za několik dní se objevil rozsev kožních vaskulitických eflorescencí, a to především na dolních končetinách (Obr. 1). Asi po 14 dnech pociťovala pomalu progredující dušnost a později zpozorovala hemoptýzu.

Nemocná je nekuřačka, trpí významnou obezitou s BMI (Body Mass Index) 47 kg/m² a před hospitalizací se dlouhodobě léčila s diabetem mellitem II. typu (terapie perorálními antidiabetiky), arteriální hypertenzí a dyslipidemií. Neměla anamnézu revmatického, plicního či imunitně mediovaného onemocnění.

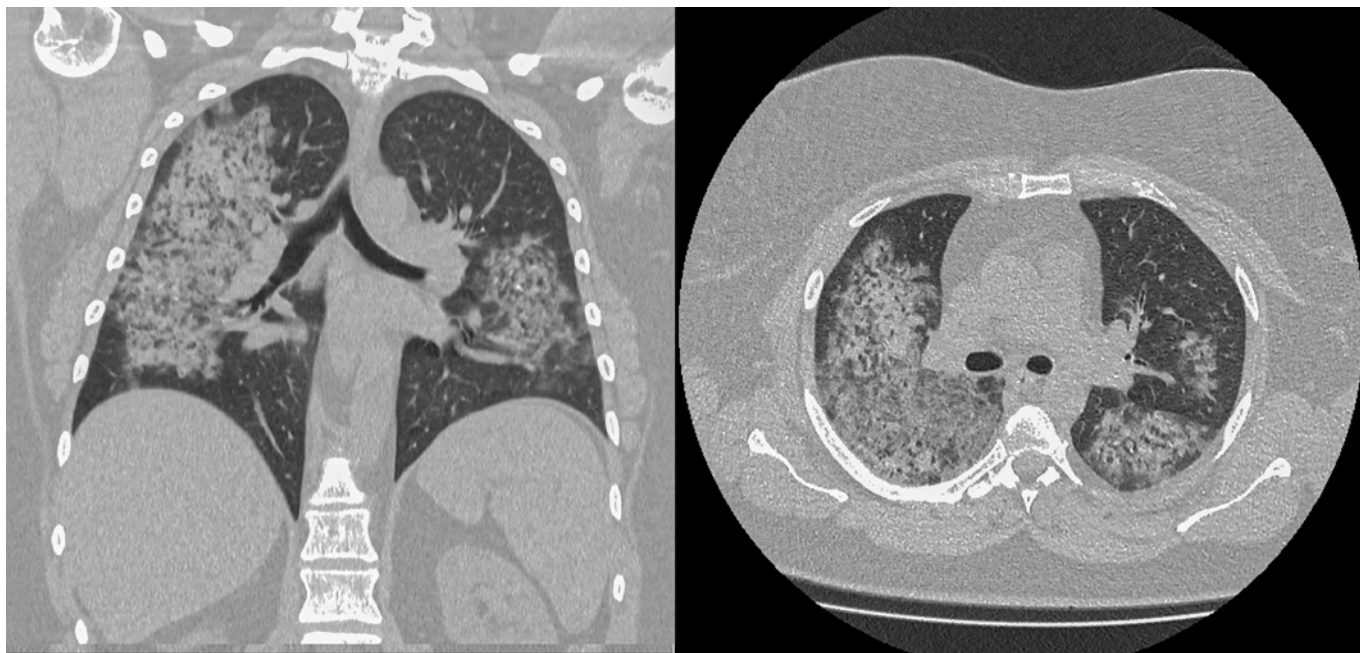
Vzhledem k nálezům byla pacientka hospitalizována na interním oddělení ve spádovém zdravotnickém zařízení a bylo provedeno radiografické vyšetření plic, kde byl zásadním nálezem výrazný, avšak nespecifický

obraz masivní bilaterální infiltrace. Proto bylo indikováno vyšetření plic pomocí HRCT, které prokázalo rozsáhlou přítomnost opacit mléčného skla v centrálních částech plic s relativním ušetřením periferních oblastí, což imponovalo jako obraz DAH. Byla vyloučena plicní embolizace, diferenciálně diagnosticky byl radiologem zvažován alveolární edém, ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome, syndrom akutní dechové tísně) či pneumonie při *Pneumocystis jirovecii* a byly provedeny všechny potřebné laboratorní testy. Pacientka byla zaléčena empirickou antibiotickou terapií (Cefotaxim, Klarithromycin), pro výraznou anemizaci bylo nutno aplikovat erymasu a byla zahájena kortikoterapie (40 mg methylprednisolonu 3x denně). Vzhledem k progresi stavu a ohrožení životních funkcí při zhoršujícím se obrazu respiračního selhávání s výraznou dušností byla pacientka přeložena na JIP naší kliniky (Obr. 2 a 3).

Ve vstupních laboratorních výsledcích (Tab. 1) dominoval nález elevace CRP (C-reaktivní protein), dále anémie, hematurie a proteinurie. Renální funkce nebyly významně postiženy. Byla zjištěna silná pozitivita ANCA protilátek (protilátky proti proteináze 3). Vzhledem k závažné alteraci stavu nebylo indikováno bioptické vyšetření ledviny ani bronchoskopie s laváží (BAL).

U pacientky s hypoxickým respiračním selháním s nutností zahájení vysokoprůtokové nosní oxygenoterapie (High-flow Nasal

Obr. 3. HRCT plic pacientky s průkazem rozsáhlé přítomnosti opacit mléčného skla v centrálních částech plic s relativním ušetřením periferních oblastí imponující jako obraz difuzní alveolární hemoragie (archiv autorů a Radiodiagnostického oddělení Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí)



Tab. 1. Souhrn významných laboratorních nálezů a jejich vývoje u nemocné s granulomatózou s polyangiitidou a difuzní alveolární hemoragií

	vstupně	po týdnu	po 3 týdnech	po 4 měsících
CRP (mg/l)	79	< 4,0	4,4	13,1
hemoglobin (g/l)	87	74	113	132
erytrocyty (arb. j. v moči)	111	82	11	1
proteinurie (g/24 hod)	0,56	0,70	ND	0,14
urea (mmol/l)	5,8	6,3	6,2	4,6
kreatinin (μmol/l)	67	57	71	63
GF (ml/s/1,73m ²)	1,45	> 1,50	1,50	> 1,50
PR3 (IU/ml)	> 100,0	10,7	ND	4,8

CRP = C-reaktivní protein, GF = glomerulární filtrace, PR3 = protilátky proti proteináze 3, ND = neprovedeno