

nokokózy – perkutánní léčba hydatidových cyst technikou PAIR (punkce, aspirace, injektáž, reaspirace), chirurgická intervence, protinfekční léčba antiparazitiky nebo metoda „watch and wait“ (sleduj a čekej). Volba konkrétního přístupu je specifická pro danou fázi nemoci a také na dostupnosti zdravotnické infrastruktury a lidských zdrojů. Obecně je klíčová včasná diagnóza a radikální chirurgická operace s následnou antiinfekční profylaxií albendazolem (7). V medikamentózní léčbě lze použít benzimidazoly (albendazol a mebendazol) nebo heterocyklický pyrazinoisochinolinový derivát – praziquantel. Při dlouhodobé terapii se mohou vyskytnout především nežádoucí účinky benzimidazolů ve smyslu hepatopatie, ale lze se jim vyhnout sledováním sérových hladin léku. Taky mohou vyvolat embryotoxické nebo teratogenní účinky. Praziquantel je navržen k aplikaci spolu s albendazolem během měsíce před operací. Inoperabilní, event. neradikálně operabilní případy musí podstoupit dlouhodobou – často celoživotní léčbu založenou na albendazolu a/nebo mebendazolu – klinické studie totiž prokázaly významné zvýšení 10letého přežití z 6–25 % na 80–83 % (8).

## Kazuistika

Devětatvacetiletý pacient byl odeslán obvodním lékařem do Interní odborné ambulance Nemocnice Valašské Meziříčí pro nárůst objemu břicha, nechutenství a hubnutí. Subjektivně udával postupný nárůst objemu břicha, slabost, necíleně zhubl 5 kg za měsíc (nynější hmotnost

85 kg). Dosud byl zcela zdravý, bez chronických nemocí, bez trvalé medikace, bez operačního výkonu v minulosti. Abúzus alkoholu i jiných návykových látek negoval.

Byl proveden ultrazvuk břicha, kde byl popsán objemný lehce zahuštěný ascites, ložisková přestavba jater a objemná masa v oblasti sleziny (Obr. 1). Následně byl odeslán na CT vyšetření břicha – dominujícím nálezem bylo masivní fluidoperitoneum v řádu mnoha litrů, odpovídající ascitu, multiplexní drobně ložiskový proces jater charakteru suspektní metastatické diseminace, velmi výrazná splenomegalie, slezina nehomogenní struktury s četnými a poměrně objemnými ložiskovými lézemi, rovněž charakteru četných metastáz a hrubé multiplexní drobné kalcifikace v mesenteriu (Obr. 2).

Laboratorně byla přítomná především výrazná elevace obstrukčních jaterních testů – alkalické fosfatázy (ALP) na 5,17  $\mu\text{kat/l}$  a gama-glutamyltransferázy (GGT) na 5,05  $\mu\text{kat/l}$ , naproti tomu bylo přítomno jen mírné zvýšení aminotransferáz-alaninaminotransferázy (ALT)  $\mu\text{kat/l}$  a aspartátaminotransferázy (AST) na 1,00  $\mu\text{kat/l}$ , izolovaná pozitivita onkomarkeru CA125 (48,3 kU/l), v krevním obrazu byla hraniční eozinofilie (7 %). Jinak byl nález bez patologie – bilirubin, C-reaktivní protein (CRP), renální funkce, iontogram a zbývající složky krevního obrazu byly v normě.

Byla realizována odlehčovací a diagnostická punkce ascitu – 1 200 ml, výkon byl bez komplikací. Punktát byl odeslán na biochemii, kultivaci a cytologii. Pacientovi byla navržena hospitalizace k došetření stavu, pacient odmítl, proto bylo domluveno došetření ambulantní

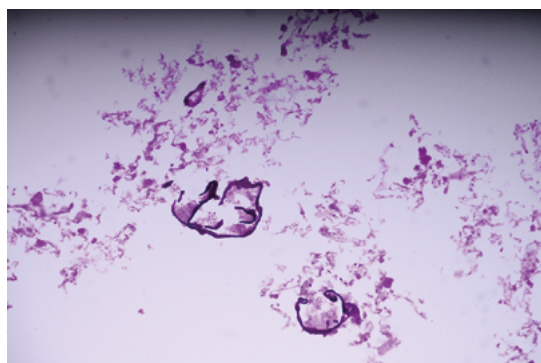
**Obr. 1.** USG abdomen, MUDr. Hikaník, Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí, a.s.



**Obr. 2.** CT abdomen, MUDr. Hikaník, Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí, a.s.



**Obr. 3.** Cytologie PAS barvení, 10x zvětšeno, MUDr. Hikaník, Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí, a.s.



**Obr. 4.** Histologie z biopsie jater PAS barvení, 10x zvětšeno, MUDr. Hikaník, Nemocnice AGEL Valašské Meziříčí, a.s.

