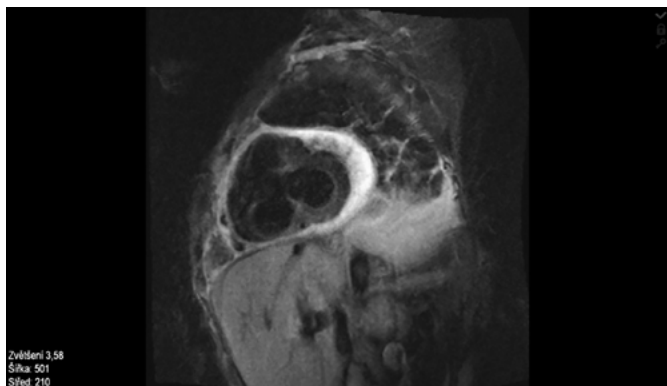


Obr. 4. MR srdce: sekvence T2 TIRM: obraz perikarditidy, bez edému myokardu



perikardiálního i pleurálního výpotku, významný pokles zánětlivých markerů a stabilizace hematologických parametrů. Po stabilizaci byla převedena na dlouhodobou terapii perorálním prednisonem 20 mg denně podle doporučení revmatologa. Revmatolog doporučil další úpravu terapie dle klinického vývoje a zvážení nasazení hydroxychlorochinu dle EULAR/ACR doporučení. Tato kombinace představuje základní léčbu SLE a v případě perzistující aktivity onemocnění může být rozšířena o další imunosupresiva (10, 11). Následně ambulantní cestou byla kortikoterapie později doplněna o hydroxychlorochin.

Diskuze

Perikarditida je nejčastější srdeční manifestací SLE, obvykle serózní aseptická (3). Exsudativní parainfekční perikarditida s fluidothoraxem jako první projev SLE je raritní. Obecně se uvádí, že akutní perikarditida jako dominantní projev při debutu SLE se vyskytuje u přibližně 1 % pacientů s touto diagnózou. Závažný výpotek vedoucí ke srdeční tamponádě se objevuje ještě méně často – méně než u 1 % případů, přičemž samotný asymptomatický perikardiální výpotek může být přítomen u více než 50 % pacientů během průběhu onemocnění, i když klinické projevy jsou výrazně vzácnější (12, 13). Diagnostická výzva spočívá v odlišení infekční etiologie od autoimunitní geneze. V našem případě počáteční klinická i laboratorní odpověď na antibiotika podporovala infekční interpretaci, nicméně negativní kultivace a recidiva výpotků vedly k přehodnocení. Anti-SmD protilátky jsou považovány za vysoce specifické pro SLE, přesto jsou pozitivní jen u menší části pacientů (5–30 %). U ANA-negativního SLE je jejich průkaz významný. Ačkoli je pozitivita ANA obecně považována za vstupní kritérium pro klasifikační kritéria SLE podle EULAR/ACR 2019, v literatuře je popsána i existence ANA-negativního SLE – jeho prevalence se v různých studiích pohybuje mezi 1–5 % případů, v některých až 6 % (především v případech, kdy pacienti užívali imunosupresiva nebo glukokortikoidy) (7). Výklad pozitivního výsledku ANA je citlivý, avšak u malého podílu pacientů může být negativní i při klinických projevech. Často se stává, že negativita ANA je technická – způsobena například použitím méně citlivého substrátu (např. tkáňe hlodavců), vysokým ředěním vzorku nebo prozone efektem – a při opakování testu na HEp-2 buňkách se nález upraví na pozitivní. V některých případech může být

negativní ANA i kvůli předchozí léčbě imunosupresivy (např. kortikosteroidy) (8). Náš případ ukazuje, že v klinické praxi se mohou vyskytnout výjimky, vyžadující širší interpretaci a oporu v dalších imunologických testech. Terapie SLE dle doporučení guidelines EULAR (2019, aktualizace 2023) zahrnuje kromě glukokortikoidů i podání hydroxychlorochinu u všech pacientů bez kontraindikace. Kortikosteroidy mají být používány k rychlé kontrole aktivity, ale co nejdříve redukovány na minimální účinnou dávku. V případě perzistující aktivity či orgánového postižení jsou indikovány imunosupresiva (azathioprin, mykofenolát, methotrexát), a u refrakterních forem i biologická léčba (belimumab, anifrolumab). V našem případě byla zahájena pouze kortikoterapie a později doplněna o hydroxychlorochin (11).

Závěr

Tento případ ilustruje vzácnou manifestaci systémového lupus erythematos (SLE) v podobě parainfekční exsudativní perikarditidy komplikované fluidothoraxem. Perikarditida je sice častým srdečním projevem SLE, avšak její exsudativní forma s těžkým zánětlivým postižením pleury je raritní a může vést k nesprávné diagnostické interpretaci jako infekční komplikace (3). Včasná a správná diagnostika SLE v tomto případě vyžadovala komplexní přístup zahrnující pokročilá zobrazovací vyšetření, jako je MR srdce, která potvrdila perikardiální zánět, a CT hrudníku, které prokázalo komplikovaný fluidothorax. Dále byla nezbytná podrobná laboratorní analýza, zahrnující nejen základní zánětlivé parametry, ale také imunologické markery, jejichž pozitivita (zejména anti-SmD protilátky) vedla k definitivnímu stanovení diagnózy. Tento případ také poukazuje na význam cytopenie jako jednoho z možných prvních laboratorních ukazatelů autoimunitního onemocnění. Léčebná strategie vyžadovala postupné kroky – nejprve byla nasazena antibiotická terapie a konvenční léčba perikarditidy (NSAID a kolchicin), které vedly k částečnému zlepšení. Následná progresse stavu však ukázala, že infekční etiologie nebyla primární příčinou onemocnění. Přechod na cílenou terapii vysokodávkovanými kortikosteroidy (intravenózní metylprednison) vedl k rychlé stabilizaci stavu a ústupu perikardiálního i pleurálního výpotku. Po úvodní pulzní terapii byla pacientka převedena na dlouhodobou léčbu perorálním prednisonem. Terapie později doplněna o hydroxychlorochin. Podle klasifikačních kritérií EULAR/ACR 2019 je ANA pozitivita nutným vstupním kritériem, teprve následně se hodnotí klinické a imunologické projevy pomocí bodového skóre (10). Ale náš případ ukazuje, že v klinické praxi se mohou vyskytnout výjimky, vyžadující širší interpretaci a oporu v dalších imunologických testech. Kazuistika zdůrazňuje význam multidisciplinárního přístupu v diagnostice a léčbě pacientů s atypickým průběhem perikarditidy. Včasné rozpoznání autoimunitního pozadí u pacientů s nejasnou recidivující perikarditidou je zásadní pro zahájení adekvátní imunosupresivní terapie, která může výrazně zlepšit prognózu a zabránit rozvoji závažnějších komplikací. Tento případ potvrzuje důležitost mezioborové spolupráce mezi kardiologem, revmatologem, imunologem a radiologem při řešení komplexních klinických situací (4, 10).

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Publikace byla zpracována s využitím uvedené literatury a nebyla publikována ani zaslána k recenznímu řízení do jiného média. **Střet zájmů:** Žádný. **Financování:** Ne. **Poděkování:** N/A. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etikou komisí:** N/A.