

erytrocytů způsobeným stavu, jako je anémie z nedostatku železa, srpkovitá anémie, hereditární sférocytóza nebo talasemie, jsou při infekci PVB19 ohroženy přechodnou aplastickou krizí. Virus způsobuje zástavu tvorby erytrocytů (4). Infekce séronegativních těhotných žen může vést k transplacentárnímu přenosu a také kombinace těžké anémie a myokarditidy může být příčinou srdečního selhání a hydropsu plodu (5).

U dětských pacientů s akutní leukemií, dlouhodobě léčenou cytostatiky, se nepodaří obvykle vytvořit neutralizační protilátky proti viru a často u nich při infekci PVB19 chybí typické klinické příznaky jako horečka, exantém nebo kloubní potíže. Klinický a patomorfologický obraz onemocnění spojených s PVB19 je totiž výsledkem rovnováhy mezi virem, cílovými buňkami hostitele a imunitní odpovědí. Méně častou komplikací bývá myokarditida/perikarditida (4). Klinický obraz myokarditidy související s PVB19 je u dětí často závažnější než u dospělých pacientů.

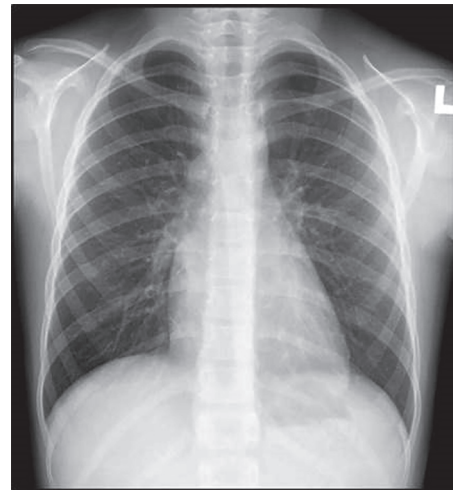
### Popis klinického případu

Osmiletá dívka po 9 dnech od ukončení udržovací léčby akutní lymfoblastické leukemie (ALL) byla přijata na naši kliniku s anamnézou 14 dnů trvajících horečnatého stavu (do 38,5 °C) se suchým kašlem, občas při nádechu udává bolesti na hrudníku. Byla v péči praktické dětské lékařky, která nechala provést RTG plic (Obr. 1) a ultrazvuk břicha s normálním nálezem. Matka dívky nikoho neinformovala, že mladší bratr prodělal doma pátou nemoc s typickým exantémem a obvyklým průběhem (zvýšený výskyt byl ve školce), který nevyžadoval kromě antipyretik žádnou další péči. Dívka je z I. gravidity, porod v termínu, PH 3 500 g, nemá ani základní ani doporučené očkování dle národního kalendáře (matka neumožnila očkování), kojena ale do 2 let, před 2 lety diagnostikována akutní lymfoblastická leukemie (ALL), c-ALL, léčená dle protokolu AIEOP-BFM ALL 2017 (rameno MRG), udržovací léčba ukončena 9 dnů před nynějším onemocněním. Otec (nežije s rodinou), matka i mladší bratr zdraví. Dívka byla odeslána na naši kliniku s diagnózou „horečka nejasného původu“. Z iničiálních laboratorních vyšetření uvádíme leukocyty  $8,1 \times 10^9/l$ , hemoglobin 104 g/l, trombocyty  $553 \times 10^9/l$ ,

CRP 188,3 mg/l, NT proBNP 987,4 ng/l, tropoin 77 ng/l. Na vstupním EKG byl popsán sinusový rytmus, tachykardie 100/min, nápadně nízká voltáž P vln, QRS komplexů i T vln, osa srdeční + 90st., převodní intervaly bez patologie. Vzhledem k nízké voltáži na EKG, bolesti na hrudi, tachykardii a hypotenzi (TK 95/40, MAP 58 torr) bylo vysloveno podezření na přítomnost tekutiny v perikardu. Proto doplněno echokardiografické vyšetření s nálezem perikardiálního výpotku kolem celého srdce, maximum tekutiny se nacházelo kolem levé komory (28 mm) (Obr. 2). Systolická funkce L komory byla hraniční, dále byly přítomny známky zvýšeného intraperikardiálního tlaku, ale bez jasně vyjádřených známek tamponády. Chlopně byly bez hemodynamicky významných regurgitací – trikuspidální regurgitace 1. stupně a stopová pulmonální. Vzhledem k nemožnosti případného provedení punkce perikardu na našem pracovišti, byla dívka po domluvě s lékařem Dětského kardiocentra přeložena na Pediatriickou kliniku FN Motol se závěrem – akutní perikarditida se středně hemodynamicky významným výpotkem (Obr. 3).

Vzhledem k nedávno ukončené léčbě ALL hematologu nebyla doporučena standardní léčba kolchicinem. Proto zahájena léčba pulzy Solu-Medrolem v dávce 10 mg/kg/den, diuretická terapie a pokračováno v ATB tera-

**Obr. 1.** Rentgenový snímek hrudníku. Obě plic byly rozvinuté. Cévní kresba byla přiměřená. Plicní parenchym měl přiměřenou transparentci. Bránice byla hladká, zevní brániční úhly byly volné. Srdeční stín byl hraniční šířky, kardiotorakální index byl 0,49. Při porovnání s předchozí snímkovou dokumentací došlo k progresi šířky srdečního stínu a také k otupení pravého vnitřního bráničního úhlu



pii. Po 3 dnech vzhledem k redukcí výpotku byla dívka převedena na prednison v dávce 1 mg/kg/den. Jako původce akutní perikarditidy byla metodou PCR potvrzena infekce Parvovirem B19 a vzhledem k dobrému stavu byla pacientka přeložena 5. den hospitalizace zpět na naše pracoviště. Dále již bez nutnosti podávání diuretik, 7. den po zahájení podávání kortikosteroidů došlo k úplné redukcí výpotku a dívka byla propuštěna do domácí péče. Za ambulantních kontrol byla pomalu deeska-

**Obr. 2.** Echokardiografie (subkostální projekce) prokázala přítomnost perikardiálního výpotku (šipka) kolem celého srdce (LV levá komora, RV pravá komora, LA levá síň, RA pravá síň) (FN Olomouc)

