



# WINTER CASE CUP 2022

11 – 13 MARZEC 2022  
HALA MIZIOWA



Studenckie Towarzystwo Naukowe  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
w Katowicach

# PRZEDMOWA

Szanowni Państwo, Drodze Koleżanki i Koledzy,  
Innymi słowy - Drodzy Narciarze i Narciarki,  
Organizowana przez nasze Towarzystwo Konferencja jest pierwszym w kraju przedsięwzięciem służącym połączeniu prezentacji przypadków klinicznych, a zatem wysoko specjalistycznej edukacji klinicznej, ze sportami zimowymi. Mamy nadzieję, iż *Winter Case Cup* będzie naukowym spotkaniem Studentów zainteresowanych wyjątkowymi przypadkami klinicznymi, których prezentacja wprowadzi młodszych adeptów Studenckich Kół Naukowych do świata kliniki i nauki. Wierzymy, iż osobne wydarzenie poświęcone wyłącznie *case reports*, otwarte na różne specjalności zainteresuje szerokie grono odbiorców. Łącząc sesje naukowe z unikatowymi okolicznościami przyrody chcemy w wyjątkowy sposób reprezentować Śląski Uniwersytet Medyczny oraz rodzimy region na forum ogólnopolskich studenckich konferencji  
Idea „Winter Case Cup” narodziła się podczas pierwszego wspólnego narciarskiego wyjazdu naszego Zarządu i w tej myśli chcielibyśmy stworzyć wydarzenie łączące różne specjalności i podejścia w myśl wspólnego rozwoju.

## ORGANIZATORZY

Zarząd Studenckiego Towarzystwa Naukowego Śląskiego Uniwersytetu  
Medycznego w Katowicach

Piotr Lewandowski  
Aleksandra Mroskowiak  
Maria Stec  
Stanisław Kulejewski  
Michał Macnar  
Karolina Ziaja  
Martyna Giałbas

Inez Michalska  
Karol Krystek  
Paulina Helisz  
Weronika Gwioździk  
Wiktoria Śliwka  
Piotr Sorek



# SESJA PRZYPADKOW INTERNISTYCZNYCH I

CORPUS DELICTI	4
OD PODEJRZENIA OSTREGO ZESPOŁU WIEŃCOWEGO DO DYLEMATÓW ZWIĄZANYCH Z SARKOIDOZĄ SERCA5	
ROZSZERZONA DIAGNOSTYKA IMMUNOHISTOLOGICZNA U CHOREJ CIERPIĄCEJ NA TWARDZINĘ OGRANICZONĄ	6
„CIAŁO - NIEDOSKONAŁY FUTERAŁ DLA DUSZY...”, CZYLI O ARTYŚCIE ZE SCHIZOFRENIĄ PARANOIDALNĄ	7
BRACHYTERAPIA JAKO SKUTECZNA METODA LECZENIA RAKA PŁASKONABŁONKOWEGO SKÓRY	8
PUŁAPKA HIPOGLIKEMII. OPIS PRZYPADKU.	9
OBJAWY POZAPIRAMIDOWE JAKO MANIFESTACJA NIELECZONEJ CUKRZYCY, CZYLI ZESPÓŁ PŁASAWICA-BALIZM ZWIĄZANY Z HIPERGLIKEMIĄ NIEKETONOWĄ – OPIS PRZYPADKU.	10
SIŁA I ZNACZENIE MOTYWACJI PACJENTA W PROCESIE LECZENIA	11
RABDOMIOLIZA SPOWODOWANA DEFEKTEM PALMITYLOTANSFERAZY KARNITYNOWEJ TYPU 2 – CZYLI KIEDY POWINNIŚMY MYŚLEĆ O WYKONANIU PROFILU ACYLOKARNITYN U OSOBY DOROSŁEJ?	12

## Corpus Delicti

Jakub Ciesielka, Michał Grześków

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr n. med. Magdalena Gawron-Kiszka

Pacjent 66-letni, bez chorób przewlekłych w wywiadzie skierowany został do Oddziału Gastroenterologii i Hepatologii z Oddziału Laryngologii z podejrzeniem utknięcia ciała obcego (ości) w przełyku. Chory zgłaszał występowanie dysfagii, odynofagii i bólu szyi o zwiększającym się nasileniu podczas zginania głowy. Objawy pojawiły się 12 godzin wcześniej, po zjedzeniu ryby. W zasięgu wykonanego w ośrodku kierującym badania laryngoskopowego nie stwierdzono odchyień ani obecności ciała obcego. W badaniu fizykalnym przy przyjęciu do Oddziału Gastroenterologii jedynym odchyleniem była bolesność uciskowa szyi w okolicy przedniej prawej. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono podwyższone stężenie białka C-reaktywnego (20 razy górna granica normy), świadczące o toczącym się ostrym procesie zapalnym. W związku z tym wykonano tomografię komputerową szyi, w której opisano ciało obce (ość) o długości 36 mm i szerokości 3 mm na wysokości górnego odcinka przełyku, przechodzące poza jego światło w kierunku prawego płata tarczycy oraz obecność nacieku zapalnego, pęcherzyków gazu i podejrzenie ropnia w sąsiadujących tkankach. Celem próby usunięcia ciała obcego wykonano pilnie gastroskopię, w której nie stwierdzono jego obecności w przełyku, ale w jego górnej części, w miejscu perforacji opisano owrzodzenie. Włączono dożylną antybiotykoterapię, inhibitor pompy protonowej, nawodnienie parenteralne. W związku z potwierdzoną perforacją przełyku chorego konsultowano torakochirurgicznie oraz ponownie laryngologicznie i został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego w Oddziale Laryngologii. Podczas zabiegu nie znaleziono ciała obcego w tkankach szyi. Po kilkudniowej obserwacji pozabiegowej oraz antybiotykoterapii chory został wypisany do domu i pozostaje pod kontrolą poradni laryngologicznej.

Przypadek obrazuje jak dużym wyzwaniem diagnostyczno-terapeutycznym jest perforacja szyjnej części przełyku przez ciało obce – rzadkie powikłanie o niespecyficznym objawach.

## Od podejrzenia ostrego zespołu wieńcowego do dylematów związanych z sarkoidozą serca

Małgorzata Niemiec, Bartosz Gruchlik, Klaudia Żądecka, Jacek Zarzecki

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
prof. dr hab. n. med. Katarzyna Mizia-Stec

Sarkoidoza jest uogólnioną chorobą ziarniniakową o nieznannej etiologii. Może zajmować również miejsca o krytycznym dla życia znaczeniu takie jak ośrodkowy układ nerwowy czy serce. Przyżyciowo sarkoidoza serca rozpoznawalna jest zaledwie u 5% chorych.

39-letni mężczyzna z sarkoidozą płuc w wywiadzie - przed 10 laty, został przyjęty I Katedry i Kliniki Kardiologii SUM w Katowicach, GCM w Ochojcu z powodu nasilających się od kilku dni dolegliwości bólowych w klatce piersiowej z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Pacjent nie przyjmował żadnych leków na stałe. W wywiadzie nawracające dolegliwości bólowe w obrębie dużych stawów trwające kilka lat, kołatania serca oraz epizod presyncope. Wykonane w trybie pilnym badania wykazały podwyższone stężenia markerów martwicy miokardium. W EKG stwierdzono dynamiczne zmiany załamka T w odprowadzeniach V3-V6. W echokardiografii rejestrowano zaburzenia kurczliwości odcinkowej lewej komory przy zachowanej frakcji wyrzutowej. Obraz kliniczny wskazywał zatem na NSTEMI i był wskazaniem do pilnej koronarografii. Wobec faktu, że koronarografia nie wykazała istotnych zmian w naczyniach wieńcowych rozszerzono diagnostykę. Kontrolne stężenia troponiny T utrzymywały się na stałym podwyższonym poziomie- 0,053 ng/ml, stężenie CRP wynosiło < 5 mg/l. W trakcie hospitalizacji nie stwierdzano hiperkalcemii i hiperkalciurii. W związku z podejrzeniem zapalenia mięśnia sercowego lub aktywnej postaci sarkoidozy serca wykonano dodatkowe badania. W RTG klatki piersiowej nie wykryto żadnych istotnych zmian. 24-h rejestracja EKG metodą Holtera wykazała: rytm zatokowy o średniej częstości 52/min, max. przyspieszony do 86/min, max. zwolniony do 39/min, ESV 2/zapis, EV 2 ogniskowa, pojedyncza 28/zapis, bez zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego oraz patologicznych pauz. USG jamy brzusznej- bez zmian, CMR - powiększona LV z IVS do 15 mm, LVEF 48%, RVEF 66% oraz wyraźne uszkodzenie w ścianie prawej komory- obraz nie spełniał kryteriów ARVC.

Pomimo podwyższonego poziomu markerów uszkodzenia mięśnia sercowego badanie PET wykluczyło obecność aktywnej sarkoidozy w obrębie serca. Chory nie spełniał wskazań do włączenia sterydów, a także nie miał wskazań do elektroterapii pomimo incydentów presyncope w wywiadzie. Stworzyło to problem dotyczący dalszego postępowania leczniczego. Po miesiącu od hospitalizacji kontrolne badania laboratoryjne wykazały hiperkalcemię i hiperkalciurii, co było podstawą włączenia sterydów i doprowadziło do czasowej regresji objawów.

Opisany przypadek kliniczny pokazuje, że sarkoidoza serca może przybierać bardzo różny przebieg kliniczny i stwarzać wielkie wyzwania diagnostyczne i problemy dotyczące wyboru leczenia.

## **Rozszerzona diagnostyka immunohistologiczna u chorej cierpiącej na twardzinę ograniczoną**

Piotr Lewandowski, Oliwia Warmusz, Gracja Ryznar

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
prof. dr hab. n. med. Romuald Wojnicz,  
dr n. med. Edyta Reichman-Warmusz

Twardzina ograniczona stanowi chorobę należącą do sklerodermii, czyli chorób charakteryzujących się nieprawidłowym wzrostem tkanki łącznej. Kluczową dla twardziny ograniczonej cechą jest brak zajęcia narządów wewnętrznych; jej objawami są wyłącznie lokalne stwardnienia skóry. U jej podłoża leży nadmierne gromadzenie kolagenu spowodowane aktywacją układu immunologicznego, czynnikami środowiskowymi oraz zaburzeniami tkankowego układu homeostazy.

U 20-letniej chorej cierpiącej na udokumentowaną klinicznie i histologicznie twardziną ograniczoną skóry pobrano wycinki skórne w fazie wczesnej i późnej rozwoju choroby. Wycinki poddano diagnostyce histopatologicznej i immunohistologicznej. Skrawki mrożeniowe barwiono z wykorzystaniem przeciwciał przeciwko ludzkiej trombomodulinie (TM) oraz ludzkiemu czynnikowi von Willebranda (vWF). Kontrole stanowiły wycinki zdrowej tkanki pobranej przeżyciowo.

W badaniu histopatologicznym potwierdzono obecność twardziny ograniczonej. W wycinkach stwierdzono podwyższoną ekspresję czynnika vWF zarówno w fazie wczesnej i późnej. W fazie wczesnej stwierdzono osłabioną ekspresję TM względem fazy późnej i kontroli.

Uzyskane wyniki wskazują na udział zaburzeń lokalnej homeostazy w patogenezie twardziny ograniczonej.

## **„Ciało - niedoskonały futerał dla duszy...”, czyli o artyście ze schizofrenią paranoidalną**

Anita Kurlenda, Katarzyna Ziobro, Jakub Milczarek

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
prof. dr hab. n. med. Krzysztof Krysta

Schizofrenia paranoidalna jest przewlekłą, nieuleczalną chorobą psychiczną, dla której najbardziej charakterystyczne są urojenia prześladowcze oraz ksobne, a także pseudohalucynacje, najczęściej słuchowe. Ponadto mogą wystąpić liczne dysfunkcje w obrębie sfery poznawczej. Objawy prowadzą do dezorganizacji życia chorego praktycznie w każdym jego aspekcie. Opisany poniżej przypadek zgodnie z koncepcją schizofrenii paradoksalnej korzystnej społecznie prof. Brzezickiego pozwala nam spojrzeć w odmienny sposób na tę jednostkę.

38-letni pacjent wielokrotnie hospitalizowany na Oddziałach Dziennych z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, nigdy na Oddziale Całodobowym (Zamkniętym). Leczony z zastosowaniem amisulprydu, aripiprazolu, duloksetyny i pregabaliny. Pacjent zgłasza szereg objawów pozytywnych i negatywnych, które utrzymują się od wczesnych lat młodości. U mężczyzny występują urojenia ksobne, prześladowcze, odsłonięcia, wpływu, hipochondryczne i nihilistyczne. Wśród omamów stwierdzono halucynacje cenestetyczne i zwiewne pseudohalucynacje słuchowe. Pacjent zgłasza szereg problemów natury poznawczej - zaburzenia pamięci krótkotrwałej (zapominanie niedawnych wydarzeń, zaburzona ich chronologia), zaburzenia koncentracji, trudności w sferze nauk ścisłych. Pomimo tego 2 lata temu ukończył z wyróżnieniem z tytułem magistra Akademię Sztuk Pięknych, co stanowi dla niego ważne osiągnięcie życiowe wpływające pozytywnie na jego samoocenę oraz codzienne funkcjonowanie. Mężczyzna jest czynnym artystą zajmującym się przede wszystkim sztukami plastycznymi i literackimi. Jego obrazy utrzymane w stylu surrealistycznym stanowią wyraz jego przeżyć związanych z chorobą. Malarstwo jest niezwykle ważną sferą w życiu naszego pacjenta. Ponadto od wielu lat rozwija się literacko, prowadząc pamiętniki, które sam autor określa jako proza poetycka. Jest w trakcie spisywania wspomnień o własnej rodzinie, co będzie przedmiotem jego rozprawy doktorskiej. Pacjent przejawia także różne zainteresowania sferą muzyczną.

Schizofrenia nie musi oznaczać całkowitej wielopłaszczyznowej destrukcji życia chorego i jego otoczenia co świetnie obrazuje opisany przez nas przypadek. Pokazuje on, iż bogactwo objawów może zainicjować i intensyfikować różnorodne uzdolnienia natury artystycznej. Ponadto pozwala dostrzec jaką ogromną rolę obok farmakoterapii odgrywają różnorodne zajęcia terapeutyczne i wspieranie pacjenta w jego szeroko rozumianym rozwoju.

## **Brachyterapia jako skuteczna metoda leczenia raka płaskonabłonkowego skóry**

Agata Suleja, Szymon Sobel

Śląski Uniwersytet Medyczny,  
Narodowy Instytut Onkologii - Państwowy Instytut  
Badawczy im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w  
Gliwicach

Opiekun merytoryczny: lek. Piotr Lelek,  
dr n. med. Marcin Miszczyk

Rak płaskonabłonkowy skóry (cSCC) jest drugim najczęściej występującym rakiem skóry. „Złotym standardem” leczenia jest nadal chirurgiczne usunięcie zmiany, jednak radioterapia jest coraz częściej porównywana do leczenia operacyjnego, ze względu na jej zalety, takie jak: efekt kosmetyczny oraz mniejsze ryzyko związane z zabiegiem dla pacjentów w podeszłym wieku. W poniższej pracy przedstawiamy naszą pacjentkę z cSCC, która przeszła pomyślne leczenie z wykorzystaniem śródtkankowej brachyterapii.

84-letnia pacjentka została przyjęta do Zakładu Brachyterapii z powodu rozległego nacieku raka płaskonabłonkowego w obrębie skóry nosa. Pacjentka w stanie ogólnym ZUBROD 1, stosownym do wieku. W przeszłości przebyła liczne usunięcia zmian nowotworowych zlokalizowanych na twarzy oraz brachyterapię kontaktową z powodu raka podstawnokomórkowego. Chora została zdyskwalifikowana z operacji chirurgicznej z powodu rozległości zmian i zdecydowano się na leczenie metodą brachyterapiiśródtkankowej HDR. W znieczuleniu ogólnym wykonano 9-cio drenowy aplikator typu Comfort. Wykonano tomografię komputerową do planowania leczenia. Przeprowadzono napromienianie dawką frakcyjną 2.5Gy 2x dziennie do dawki całkowitej 45Gy w 18 frakcjach. Przebieg leczenia bez istotnych powikłań, obserwowano typowy wczesny odczyn popromienny II stopnia w skali CTC. Po usunięciu implantu pacjentka została wypisana ze szpitala w dobrym stanie ogólnym. W 6-miesięcznej kontroli zaobserwowaliśmy całkowitą regresję zmian.

Omówiony przypadek pacjentki może być kolejnym argumentem za zastosowaniem brachyterapii jako jednej ze skutecznych i bezpiecznych metod leczenia cSCC.



## **Pułapka hipoglikemii. Opis przypadku.**

Natalia Nafalska, Małgorzata Stopyra

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr hab.n. med. Katarzyna Nabrdalik

Hipoglikemia to stan obniżenia stężenia glukozy we krwi  $<70$  mg/dl. Najczęściej występuje u chorych na cukrzycę jako efekt uboczny leczenia hipoglikemizującego jednak może również być związana z innymi schorzeniami. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić m.in. insulinoma, guz neuroendokryny produkujący insulinę.

Czterdziestoletnia pacjentka chorująca na cukrzycę typu 2 została przyjęta na Oddział Diabetologii z powodu nawracających hipoglikemii. W wywiadzie leczona pochodną sulfonilomocznika, którą odstawiła z powodu hipoglikemii oraz przejściowo mieszkanką insuliny ludzkiej 30/70 w dwóch wstrzyknięciach dobowych. Przy przyjęciu do szpitala nie stosowała leków przeciwcukrzycowych. Podczas hospitalizacji obserwowano hipoglikemie do 15 mg/dl (niezależnie od posiłków a także w nocy) wymagające ciągłego, dożylnego, wlewu glukozy. W czasie jednej z hipoglikemii oznaczono jednocześnie w surowicy krwi peptyd c (wynik w granicach wartości referencyjnych) i insulinę (wynik istotnie powyżej górnej granicy wartości referencyjnych) jako element diagnostyki insulinoma. Wykonano także MRI jamy brzusznej – wynik nie wskazał zmian w obrębie trzustki. W związku z podejrzeniem egzogenego podawania insuliny chora wielokrotnie była pytana o samowolne podawanie insuliny jednak udzielała informacji negujących. W związku z “przyłapaniem” pacjentki na podawaniu insuliny pod płytkę paznokciową chora doznała silnego pobudzenia psychoruchowego i niezbędne było przekazanie chorej w trybie pilnym do Oddziału Psychiatrii gdzie rozpoznano Zespół Münchhausena.

Hipoglikemię jatrogeną należy rozważać u wszystkich pacjentów mających dostęp do insuliny bądź pochodnej sulfonilomocznika. Umyślne wprowadzanie się w stan hipoglikemii może być objawem zaburzeń psychicznych, w tym Zespołu Munchausena, u chorych pragnących uwagi otoczenia.

## **Objawy pozapiramidowe jako manifestacja nieleczonej cukrzycy, czyli zespół płasawica-balizm związany z hiperglikemią nieketonową – opis przypadku.**

Amadeusz Kasprzyk, Julia Węgrzynek

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr hab. n. med. Agnieszka Gorzkowska,  
lek. med. Tomasz Chmiela

Zespół płasawica-balizm (HCHB), związany z hiperglikemią nieketonową, określany mianem striatopatii cukrzycowej jest rzadkim powikłaniem nieleczonej lub źle kontrolowanej cukrzycy. HCHB manifestuje się zespołem objawów pozapiramidowych pod postacią ruchów płasawicznych lub balicznych jednej strony ciała oraz zmianami radiologicznymi w obrębie prążkowiec. Częstość występowania zespołu szacuje się na mniej niż 1/100 000. Najczęściej pojawia się u starszych kobiet z wieloletnią cukrzycą typu 2.

Prezentujemy przypadek 81-letniej pacjentki obciążonej wieloletnią cukrzycą, u której wystąpiło pobudzenie ruchowe. W badaniu neurologicznym stwierdzono obecność: splątania, pobudzenia psychoruchowego, nasilonych ruchów mimowolnych – balicznych – kończyn prawych. W badaniach laboratoryjnych odnotowano cechy zdekompensowanej cukrzycy – bardzo wysoki poziom glikemii 515 mg/dl (N:100-125mg/dl), HbA1C 14,70%, bez cech kwasicy pH=7,39. W TK głowy - zmiany hiperdensyjne okolicy jąder podkorowych po stronie prawej. Po przyjęciu pacjentki na oddział wyrównano poziom glikemii i zaburzenia wodno-elektrolitowe. Przebywała na nim 12 dni. W drugiej dobie hospitalizacji nie obserwowano już objawów neurologicznych.

Na podstawie prezentowanych przez pacjentkę objawów neurologicznych, wyników badań laboratoryjnych oraz radiologicznych postawiono rozpoznanie zespołu płasawica-balizm, który może wystąpić u pacjentów z utrzymującymi się przez długi czas wysokimi wartościami glikemii. W procesie diagnostycznym należy zwrócić uwagę na możliwość wystąpienia HCHB jako rzadkiego powikłania nieleczonej cukrzycy. Opisany przypadek wskazuje na kolejne aspekty fundamentalnej roli skutecznej kontroli glikemii oraz szybkiego wykrywania jej zaburzeń, szczególnie u pacjentów starszych z wieloletnią historią choroby, narażonych na ciężkie powikłania.

## **Siła i znaczenie motywacji pacjenta w procesie leczenia**

Stanisław Anczyk, Karol Krystek

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny: dr n. med. Edmund Anczyk

Choroba wieńcowa stanowiła poważny problem za czasów PRL, ponadto niska świadomość na temat sposobu rozprzestrzeniania się HCV podczas pobytów szpitalnych prowadziła do masowego wzrostu zachorowań podczas zabiegów szpitalnych. Konsekwencją czego jest pojawienie się populacji pacjentów po interwencjach wieńcowych z obecną infekcją HCV, którzy stali się nowym wyzwaniem dla Polskiej Ochrony zdrowia. Pacjent urodzony w 1940 roku, prowadzący wyjątkowo stresujący tryb życia, wsparty nieprawidłową dietą, oraz wypaleniem 30 paczkołat, w efekcie doprowadziło to do rozwoju zaawansowanej choroby wieńcowej. Skutkowało pierwszym incydentem wieńcowym w wieku 49 lat oraz pomostowaniem naczyń wieńcowych, hospitalizacja zakończyła się nieszczęśliwie zakażeniem HCV w wyniku przetoczenia nieprzebadanej krwi. Szczęśliwie dla pacjenta pobyt w szpitalu zaowocował wyjątkową motywacją do zmiany trybu życia i ścisłe stosowanie się do zaleceń lekarskich, co przełożyło się na wielokrotnie dłuższe przeżycie niż pierwotnie oczekiwano. Ponadto udało mu doczekać się eksperymentalnej wówczas terapii leczenia HCV, która pozwoliła na wyleczenie. Obecnie pacjent cieszy się dobrym stanem ogólnym oraz dalej prowadzi aktywny tryb życia. Rzeczony przypadek jest doskonałym obrazem cudu ówczesnej Medycyny oraz pokazuje jak postęp medycyny na przestrzeni lat potrafi korzystnie zmienić rokowania pacjenta. Ponadto udowadnia, że nastawienie pacjenta oraz ścisłe stosowanie się do zaleceń posiadają ogromne znaczenie w procesie terapeutycznym. Należy także mieć na uwadze, że medycyna jest ciągle rozwijającą się dziedziną nauki i przypadki uznawane z początku za beznadziejne dzięki nowym zdobyczom nauki mogą z czasem znacznie poprawić rokowania.

## **Rabdomioliza spowodowana defektem palmitylotransferazy karnitynowej typu 2 – czyli kiedy powinniśmy myśleć o wykonaniu profilu acylokarnityn u osoby dorosłej?**

Szymon Sobel

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr hab.n.med. Tadeusz Osadnik,  
dr n. med. Agnieszka Wawrzek-Witkowska,  
dr n. med. Agnieszka Tomaszewska

Defekt palmitylotransferazy karnitynowej typu 2 (CPT2) jest rzadką chorobą genetyczną dziedziczną autosomalnie recesywnie, która należy do metabolicznych miopatii mitochondrialnych związanych z rabdomiolizą. Częstość występowania określana jest jako 1-9/100 000. Defekt ten wpływa na proces  $\beta$ -oksydacji poprzez uniemożliwienie wykorzystania do tego procesu długołańcuchowych cząsteczek kwasów tłuszczowych (powyżej 12 atomów węgla). Znane są 3 postacie choroby: noworodkowa, wieloukładowa dziecięca, które charakteryzują się ciężkim przebiegiem oraz postać ujawniająca się w wieku młodzieńczym - postać miopatyczna.

Choroba ta, jak również cała grupa metabolicznych miopatii mitochondrialnych należą do chorób rzadkich, co znacznie utrudnia ich diagnostykę i rozpoznanie oraz wymaga diagnostyki różnicowej z innymi genetycznymi chorobami mogącymi wywoływać rabdomiolizę, jak np. choroba McArdle'a (glikogenoza typu V). Dodatkowo w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić rabdomiolizę wywoływaną powszechnie stosowanymi lekami hipolipemizującymi, takimi jak statyny.

W poniższej pracy przedstawiamy przypadek dorosłego mężczyzny z epizodami rabdomiolizy, wywołwanej wariantem patogennym NM\_000098.2(CPT2):c.338C>T (p.Ser113Leu) w genie CPT2 oraz wariantem NM\_000098.2(CPT2):c.455C>A (p.Ala152Glu) w genie CPT2 wcześniej nie opisywanym w bazie ClinVar (stan na 13.01.2022r.). W badaniach genetycznych rodziców nie zaobserwowano tych wariantów patogennych, co sugeruje wystąpienie choroby de novo. U poniższego pacjenta od 18 roku życia pojawiają się epizody bóli mięśniowych oraz ciemne zabarwienie moczu po wysiłku fizycznym czy infekcjach.

Opisywany przypadek ilustruje jedną z genetycznych przyczyn rabdomiolizy. Zaburzenia  $\beta$ -oksydacji kwasów tłuszczowych objawiające się epizodami rabdomiolizy możemy podejrzewać w oparciu o wykonanie profilu acylokarnityn, o którym to badaniu często zapominamy u osób dorosłych.



# SESJA PRZYPADKOW PEDIATRYCZNYCH

THE AWESOME BBSOME: OPIS PRZYPADKU 9-LETNIEGO CHŁOPCA Z MUTACJĄ BBS10. ZESPÓŁ BARDET-BIEDL.	14
OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI U DZIECI – JEDNA CHOROBA, WIELE TWARZY	15
TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE W ASD - OPÓŹNIONA DIAGNOZA I KOMPLIKACJE PSYCHIATRYCZNE - STUDIUM PRZYPADKU	16
ZAKAŻENIE WIRUSOWE- TO NIE ZAWSZE TYLKO ZWYKŁA BIEGUNKA	17
DŁUGA I KRĘTA DROGA DO PRZESZCZEPU NERKI- PRZYPADK 5-LETNIEGO CHŁOPCA ZE SCHYŁKOWĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK W PRZEBIEGU ZASTAWKI CEWKI TYLNEJ	18
“MONSTRUALNIE POSZERZONE JELITO CIENKIE JAKO POWIKŁANIE NIESKUTECZNEGO LECZENIA CHOROBY LEŚNIEWSKIEGO CROHNA. OPIS PRZYPADKU.”	19
WSPÓŁWYSTĘPOWANIE AUTYZMU DZIECIĘCEGO I ZABURZENIA AKTYWNOŚCI I UWAGI W ZESPOLE DOWNA - ANALIZA PRZYPADKU 10-CIO LETNIEGO CHŁOPCA	20

## The awesome BBSome: opis przypadku 9-letniego chłopca z mutacją BBS10. Zespół Bardet-Biedl.

Maria Nowak

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr hab. n. med. Agnieszka Zachurzok

Zespół Bardet-Biedl jest rzadką, autosomalnie recesywnie dziedziczną ciliopatią, której przyczyną są mutacje w ponad 20 genach. Geny te odpowiadają między innymi za budowę i składanie BBSomu - oktameru sortującego białka rzęskowe. Zależnie od mutacji fenotypy chorych różnią się częstością i natężeniem występowania symptomów (tzw. objawów dużych i małych). Mutacja w genie BBS10 stanowi około 15% potwierdzonych diagnoz zespołu Bardet-Biedl. Wiąże się z większym prawdopodobieństwem wystąpienia polidaktylii i ostrego uszkodzenia nerek.

W listopadzie 2017 roku na Oddział Endokrynologii Dziecięcej został przyjęty 4 letni pacjent z otyłością, polidaktylią, opóźnieniem psychoruchowym. BMI dziecka wynosiło 25,3. Wykonano lipidogram, który ujawnił znacznie podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego, trójglicerydów oraz frakcji LDL we krwi. Przeprowadzono szkolenie dietetyczne matki i wprowadzono zmiany w żywieniu dziecka. W listopadzie 2018 roku wynik badania genetycznego potwierdził mutację p.Arg49Trp w obu allelach genu BBS10. Późniejsza diagnostyka wykazała u chłopca podejrzenie retinopatii barwnikowej, nadciśnienie tętnicze, pogorszenie funkcji nerek, a w obrazowaniu nerkę podkowiastą i wzrost echogeniczności wątroby wskazujące na jej stłuszczenie. Obecnie pacjent jest pod opieką poradni: genetycznej, endokrynologicznej, okulistycznej, neurologicznej, metabolicznej, ortopedycznej i nefrologicznej. Stara się także realizować zalecenia żywieniowe.

Przeprowadzona w 2019 roku metaanaliza powiązań genotypów BBS z ich fenotypami daje możliwość przygotowania lekarza i rodziny na wystąpienie u pacjenta objawów charakterystycznego dla danej mutacji. Nie powinno to jednak wpływać na zawężenie diagnostyki, ponieważ pacjenci z zespołem Bardet-Biedl wymagają jednoczesnej opieki wielu poradni. Niezależnie od genotypu ważne jest leczenie otyłości, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia jej powikłań, a także niewydolności nerek, będącej główną przyczyną zgonu pacjentów.

## Ostre zapalenie trzustki u dzieci – jedna choroba, wiele twarzy

Aleksandra Mroskowiak, Karolina Majewska, Natalia Symela, Dominik Rabstein

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr hab. n. med. Sabina Więcek

Ostre zapalenie trzustki (OZT) to wieloczynnikowy, złożony proces zapalny, obejmujący mięsz narządu, a często także otaczające tkanki. U podłoża tej jednostki chorobowej leży przedwczesna aktywacja proteaz w mięszu trzustki. Do najczęstszych przyczyn wystąpienia OZT u dzieci zalicza się urazy jamy brzusznej, infekcje (głównie wirusowe), choroby układowe, choroby dróg żółciowych (wady i/lub kamica żółciowa) oraz podłoże genetyczne. W pracy przedstawiono opisy przypadków pacjentów populacji pediatricznej chorujących na OZT o różnej etiopatogenezie i różnym obrazie klinicznym.

15-letni chłopiec został skierowany do Oddziału Gastroenterologii Dziecięcej z powodu nasilonych bólów brzucha, nudności i wymiotów. Wykonane badania laboratoryjne wykazały podwyższone aktywności amylazy oraz lipazy a w obrazie USG stwierdzono cechy obrzękowej postaci ostrego zapalenia trzustki. Po zastosowaniu leczenia stan pacjenta szybko poprawił się, dolegliwości ustąpiły a badania laboratoryjne uległy normalizacji. Jednak po około roku wystąpił u niego kolejny incydent choroby. Ze względu na nawrotowość procesu wykonano u chłopca badania genetyczne w kierunku mutacji predysponujących do występowania zapaleń trzustki. Wykazano obecność mutacji w genie SPINK1.

13,5-letnia dziewczynka z otyłością (BMI = 30,8) została przyjęta z powodu nasilonych dolegliwości bólowych brzucha, wymiotów oraz zażółcenia skóry i twardówek. Na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych rozpoznano żółciopochodne zapalenie trzustki. Wdrożono leczenie zachowawcze oraz wykonano zabieg ERCP w trybie pilnym, w czasie, którego usunięto złogi z przewodu żółciowego wspólnego oraz wykonano sfinkterotomię.

8-letnia dziewczynka hospitalizowana w Oddziale Intensywnej Terapii z powodu niewydolności krążeniowo-oddechowej w przebiegu OZT, została przekazana do Oddziału Gastroenterologii Dziecięcej, celem dalszej diagnostyki i leczenia. W badaniach laboratoryjnych wykazano wysokie wykładniki stanu zapalnego, zaburzenia krzepnięcia. W badaniach obrazowych wykazano rozległe zmiany martwicze w obrębie trzustki oraz obecność zbiorników okołotrzustkowych. U dziewczynki rozpoznano zakażenie Coxackie B. Pomimo leczenia zachowawczego obserwowano pogarszający się stan ogólny dziewczynki oraz powiększanie się zbiorników płynowych w związku z powyższym pacjentkę przekazano do dalszego leczenia w Oddziale Chirurgii Dziecięcej GCZD.

Ostre zapalenie trzustki w populacji pediatricznej charakteryzuje się różnorodnym od łagodnego do o bardzo ciężkim przebiegiem. W diagnostyce należy uwzględnić zawsze podłoże infekcyjne, żółciopochodne, wady i/lub genetyczne. Wczesne wyjaśnienie podłoża choroby umożliwia włączenie odpowiedniego leczenia i zapobiegnięcie powikłaniom i nawrotom.

## **Trudności diagnostyczne w ASD - opóźniona diagnoza i komplikacje psychiatryczne - studium przypadku**

Wojciech Tokarczyk, Aleksandra Schmidt

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
lek. med. Krzysztof M. Wilczyński

Autyzm dziecięcy jest zaburzeniem coraz częściej diagnozowanym na przestrzeni ostatnich lat. Pomimo tego, jego rozpoznanie wciąż stanowi wyzwanie dla klinicystów, zwłaszcza w odniesieniu do płci żeńskiej. U dziewczynek autyzm jest odmienny fenotypowo, ma unikalną symptomatologię i manifestuje się klinicznie bardziej subtelnie niż u chłopców. Rozpoznanie dodatkowo utrudnia sama konstrukcja testów diagnostycznych w ASD, które opierają się głównie na fenotypie charakterystycznym dla chłopców ze spektrum autyzmu. Przy diagnozowaniu autyzmu trudność stanowi nakładanie się objawów innych zaburzeń - ADHD, ChAD, co skutecznie utrudnia rozpoznanie ASD. Dodatkowo może występować specyficzny podtyp ASD, powiązany ze współwystępującą psychozą - zazwyczaj nietypową, co może powodować mylne rozpoznanie schizofrenii.

Przedstawiamy przypadek 12-letniej pacjentki wcześniej nieleczonej psychiatrycznie, która była hospitalizowana w ramach Oddziału Psychiatrii z powodu ostrego epizodu psychotycznego oraz myśli "S". W trakcie pobytu na oddziale, po kolejnych konsultacjach specjalistycznych postawiono ostateczną diagnozę - choroba afektywna dwubiegunowa u osoby z autyzmem atypowym. Na podstawie opisanego przypadku można zauważyć, że autyzm u dziewczynki został wykryty przypadkiem, podczas dekompensacji psychotycznej. Z zebranego wywiadu rozwojowego wynikało, iż objawy ze spektrum autyzmu obserwowano u pacjentki od wczesnego dzieciństwa, jednakże nietypowy obraz kliniczny charakterystyczny dla dziewczynek spowodował znaczne opóźnienie diagnozy.

Trudności z diagnozą autyzmu, szczególnie wśród przedstawicielek płci żeńskiej, są istotnym problemem. W trakcie diagnostyki u tego typu pacjentów istotne jest wyodrębnienie objawów autyzmu wśród symptomów innych zaburzeń psychicznych. Brak prawidłowego rozpoznania we wczesnym okresie dzieciństwa znacznie zmniejsza szansę chorego na wypracowanie odpowiednich mechanizmów pozwalających na redukcję symptomów choroby, prawidłowe funkcjonowanie społeczne i zawodowe. Opracowywanie nowych kryteriów diagnostycznych daje szansę na poprawę skuteczności diagnozowania autyzmu wśród grup o niecharakterystycznym fenotypie ASD.



## Zakażenie wirusowe- to nie zawsze tylko zwykła biegunka

Weronika Roesler, Klaudia Hachuła, Klaudia Sobik

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr hab. n. med. Sabina Więcek

Zakażenia wirusowe są najczęstszą przyczyną biegunek wśród dzieci, niezależnie od grupy wiekowej. U dzieci bez schorzeń towarzyszących biegunka z reguły ma przebieg łagodny i samoograniczający. Zdarza się, że ostra biegunka wirusowa może mieć przebieg ciężki, a nawet być zagrożeniem życia.

W pracy przedstawiono obraz kliniczny ostrej biegunki o podłożu wirusowym o bardzo ciężkim przebiegu u dwojga pacjentów.

6 miesięczna pacjentka z nieobciążonym wywiadem ciąży-porodowym została skierowana do Oddziału Gastroenterologii z powodu trwającej od 4 tygodni biegunki i braku przyrostu masy ciała. Niemowlę było kilkakrotnie hospitalizowane w szpitalu rejonowym z powodu w/w dolegliwości, gdzie rozpoznano zakażenie adenowirusem. Przy przyjęciu stan ogólny był ciężki, uwagę zwracały cechy znacznego odwodnienia. W badaniu PCR moczu stwierdzono obecność wirusa cytomegalii (CMV). Niemowlę wymagało żywienia pozajelitowego a następnie włączono stopniowo żywienie dojelitowe. W trakcie hospitalizacji dodatkowo obserwowano hipertransaminazemię.

Drugim pacjentem jest 5/12 niemowlę z nieobciążonym wywiadem ciąży-porodowym oraz rodzinnym przyjęte do Oddziału Gastroenterologii z powodu przewlekłej biegunki o bardzo ciężkim przebiegu. W badaniu fizykalnym stwierdzono obrzęki w obrębie twarzy oraz kończyn. W badaniach laboratoryjnych wykazano hypoproteinemię, hypoalbuminemię, zaburzenia elektrolitowe, niedobory immunoglobulin. W badaniach obrazowych stwierdzono wodobrzusze, płyn w jamach opłucnowych, w worku osierdziowym oraz mosznowym. Potwierdzono etiologię wirusową dolegliwości. Po zastosowaniu leczenia uzyskano stopniową poprawę stanu ogólnego i ustąpienie dolegliwości.

W pracy tej przedstawiono pacjentów z biegunką o etiologii wirusowej o bardzo ciężkim przebiegu. W tej grupie chorych należy zawsze poszukiwać chorób współistniejących mających wpływ na przebieg choroby i występowanie powikłań.

## **Długa i kręta droga do przeszczepu nerki- przypadek 5-letniego chłopca ze schyłkową niewydolnością nerek w przebiegu zastawki cewki tylnej**

Kinga Szopińska, Karolina Tracz

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
prof.dr hab.n.med. Maria Szczepańska

Zastawka cewki tylnej (PUV) jest jedną z przyczyn uropatii zaporowej wśród chłopców. Jest to wada wrodzona, zwykle diagnozowana w okresie prenatalnym. Wiąże się z poważnymi schorzeniami, takimi jak przewlekła choroba nerek, która może wcześniej przejść w schyłkową niewydolność nerek wymagającą dializoterapii i transplantacji nerki.

Przedstawiamy 5-letniego chłopca urodzonego w 33 hbd drogą cesarskiego cięcia, z masą ciała 2560g, ocenionego w skali Apgar na 7/7/7. Prenatalnie została rozpoznana uropatia zaporowa, założono shunty pęcherzowo-owodniowe oraz wykonano zabiegi amniotomii. W okresie noworodkowym chłopiec prezentował objawy niewydolności oddechowej w przebiegu zapalenia płuc, co wymagało wielodniowej wentylacji mechanicznej. Z powodu masywnych obrzęków, oligurii oraz postępującej niewydolności nerek, pacjent został zakwalifikowany do terapii nerkozastępczej- dializy otrzewnowej. Była ona prowadzona do 22 dnia życia, następnie kontynuowano leczenie zachowawcze. Przewlekła dializa została wznowiona w 9 miesiącu życia dziecka. Ponadto, w pierwszym miesiącu życia z powodu wodogłowia założono zbiornik Rickhama. Pacjent miał dwukrotnie zabieg cystoskopii z przezcewkowym usunięciem PUV. W drugim roku życia, pacjent przebył oporne na leczenie zapalenie otrzewnej, które powikłane było niewydolnością oddechową wymagającą leczenia w warunkach oddziału intensywnej terapii. Z tego powodu zmieniono rodzaj leczenia nerkozastępczego na hemodializę. Jednakże, Angiografia TK uwidoczniała zmiany zakrzepowe w żyłę główną dolną i rozgałęzieniach. W związku z brakiem dostępu naczyniowego, pacjent został zdyskwalifikowany z listy oczekujących na przeszczep. Obecnie, czeka on na rekonsultację i kwalifikację do transplantacji po aktualnym pomyślnym badaniu naczyniowym. Chłopiec ma wiele chorób współistniejących: niskorosłość i niedobór masy ciała, obustronny niedosłuch (założony implant ślimakowy), wtórną nadczynność przytarczyc, niedokrwistość, nadwrażliwość na alergeny wziewne oraz anafilaksję na alergeny pokarmowe.

Ten przypadek pokazuje, jak ciężkie mogą być powikłania wady wrodzonej, jaką jest PUV. Przedstawia również, że choroba i jej powikłania mogą gwałtownie postępować i utrudniać zaplanowany kierunek leczenia. Jest to kluczowe, aby dążyć do najlepszych opcji terapii dla indywidualnego pacjenta, poprawiając jego komfort życia oraz zapewniając jak najlepsze warunki rozwoju.

## **“Monstrualnie poszerzone jelito cienkie jako powikłanie nieskutecznego leczenia choroby Leśniowskiego Crohna. Opis przypadku.”**

Małgorzata Stopyra, Natalia Nafalska

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr n.med. Katarzyna Bąk - Drabik

Choroba Leśniowskiego-Crohna (CD) należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit. Jest schorzeniem o niejasnej, wieloczynnikowej etiologii i narastającym trendzie występowania. Może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego. Powoduje znaczne obniżenie jakości życia. Celem niniejszej pracy jest przybliżenie przypadku 17-letniego pacjenta z monstrualnym poszerzeniem jelita cienkiego w przebiegu CD.

17-letni pacjent, pochodzący z Białorusi, z rozpoznaną w 2017 roku CD, leczony do tej pory azatiopryną, mesalazyną i steroidoterapią systemową, został przyjęty do Oddziału Gastroenterologii i Hepatologii Dzieci celem pogłębienia diagnostyki i leczenia zaostrzenia choroby Crohna. Dziecko w stanie ciężkim, ze skrajnym niedożywieniem (BMI 15kg/m<sup>2</sup>), powikłaniami steroidoterapii i cechami podniedożności w badaniach obrazowych. W skali PCDAI (Pediatric Crohn's Disease Activity Index) 60 punktów. W toku przeprowadzonej diagnostyki (USG jamy brzusznej, enterografia MR, pasaż przewodu pokarmowego) uwidoczniono monstrualne, (do około 9,5 cm) poszerzenie jelita krętego. Po uprzednim wyrównaniu parametrów stanu zapalnego, uzupełnieniu niedoborów białkowo-elektrolitowych i uzyskaniu znaczącego przyrostu masy ciała, pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego, na które matka początkowo nie wyraziła zgody. W wyniku dalszego pogarszania się stanu chłopca, ostatecznie po sześciu miesiącach uzyskano zgodę na leczenie chirurgiczne. Wykonano resekcję krętniczno-kątniczą (usunięto 50 cm zmienionego zapalnie konglomeratu pętli jelitowych). Nie obserwowano powikłań pooperacyjnych. Ze względu na ciężki przebieg choroby, postać przetokową choroby, płeć męską, wczesne zachorowanie, steroidozależność i wysokie ryzyko nawrotu zakwalifikowano pacjenta do leczenia biologicznego.

Choroba Crohna może przebiegać ze zwężeniem jelita, które następnie powoduje prestenotyczne poszerzenie. W przypadku opisywanego pacjenta to prestenotyczne poszerzenie jelita krętego w badaniach obrazowych (USG jamy brzusznej, enterografia MR, pasaż przewodu pokarmowego) imitowało jelito grube, co w efekcie nastręczyło wielu trudności diagnostycznych. Pacjent ze względu na prezentowane powikłania choroby: przetoka okolicy kątnicy, zwężenie okolicy ileum terminale, znaczne rozdęcie prestenotyczne jelita krętego, przed wdrożeniem pożądanego leczenia biologicznego wymagał leczenia operacyjnego. Decyzja o interwencji chirurgicznej jest zawsze trudna do zaakceptowania przez rodzica i czasami wymaga czasu.

## **Współwystępowanie autyzmu dziecięcego i zaburzenia aktywności i uwagi w zespole Downa - analiza przypadku 10-cio letniego chłopca**

Michał Ciołek

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny: lek. Krzysztof Wilczyński

U dzieci z zespołem Downa zaburzenia neurorozwojowe występują dużo częściej niż w populacji ogólnej. Występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) waha się między 16% a 37,7%, natomiast zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) między 22% a 40% w zależności od badanej populacji. Najnowsze badania wskazują również na wspólne uwarunkowania genetyczne obu tych zaburzeń neurorozwojowych co można powiązać z częstym ich współwystępowaniem, które u osób z zespołem Downa sięga nawet 22%.

10 letni pacjent z zespołem Downa, autyzmem dziecięcym oraz niedoczynnością tarczycy, będący pod stałą opieką neurologiczną zgłosił się na poradę psychiatryczną z powodu nasilenia zachowań agresywnych podczas przerw w szkole. Leczenie rysperydonem nie przyniosło efektów, powodując nasilenie agresji. Zdiagnozowano zaburzenia aktywności i uwagi w oparciu o wywiad, opinie psychologiczną oraz dokumentację szkolną. Zalecono leczenie metylofenidatem po konsultacji kardiologicznej. W wyniku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie stopniowo zwiększano dawkę do 40 mg dziennie oraz poszerzono terapię o sertralinę w dawce 50 mg na dobę.

Diagnoza zaburzeń neurorozwojowych u osób z zespołem Downa jest utrudniona ze względu na ich odmienny fenotyp w tej populacji. Zwiększone występowanie ASD i ADHD u tych pacjentów w porównaniu do populacji ogólnej skłania ku badaniom przesiewowym w tym kierunku z użyciem kilku narzędzi diagnostycznych. Terapia zaburzeń neurorozwojowych u pacjentów z zespołem Downa również jest utrudniona przez obciążenia metaboliczne oraz kardiologiczne, co wymusza ostrożniejsze stosowanie leków i precyzyjne dobieranie dawek.



# SESJA PRZYPADKOW ZABIEGOWYCH

ROLA WSPÓŁPRACY CHIRURGA SZCZĘKOWO- TWARZOWEGO I FIZJOTERAPEUTY W REHABILITACJI POURAZOWEGO USZKODZENIA NERWU TWARZOWEGO.	22
CZY OPERACJA WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU Z ZAŁOŻENIEM SLINGU PODCEWKOWEGO U PACJENTKI ZE ZŁAMANIEM MIEDNICY BEZ STABILIZACJI CHIRURGICZNEJ MA SENS? – MIĘDZY ORTOPEDIĄ A GINEKOLOGIĄ	23
LECZENIE WEWNĄTRZNACZYNIOWE POURAZOWEGO TĘTNIAKA RZEKOMEGO CIĘŚNI AORTY W TRYBIE OSTRO-DYŻUROWYM NA PRZYKŁADZIE 43-LETNIEGO PACJENTA	24
PGAD - PRZETRWAŁE POBUDZENIE GENITALIÓW	25
LECZENIE PRZECIEKU TYPU I JAKO ODLEGŁEGO POWIKŁANIA PO IMPLANTACJI STENT-GRAFTU NELLIX, Z WYKORZYSTANIEM STENT-GRAFTU BRANCH'OWEGO	26
EMBOlizacja DODATKOWYCH TĘTNIC ODCHODZĄCYCH OD AORTY JAKO PROFILAKTYKA PRZECIEKU II TYPU U CHORYCH Z IMPLANTOWANYM STENT-GRAFTEM BRANCH'OWYM	27
KARDIOMIOPATIA POŁOGOWA U 28-LETNIEJ KOBIETY W 35-TYGODNIU CIĄŻY - OPIS PRZYPADKU	28
ZASTOSOWANIE PROTEZY SAMOROZPRĘŻALNEJ POWLEKANEJ WYKONANEJ Z NITINOLU W LECZENIU PALIATYWNYM NOWOTWORÓW PRZEŁYKU. OPIS PRZYPADKU	29
PACJENTKA Z NAŁOGIEM TYTONIOWYM W CIĄŻY POWIKŁANEJ MAŁOWODZIEM	30
TRANSPLANTACJA PŁUC MIMO ZAKAŻENIA B. CENOCEPACIA - OPIS PRZYPADKU	31
WIELOETAPOWA TERAPIA ROZWARSTWIAJĄCEGO TĘTNIAKA AORTY PIERSIOWO-BRZUSZNEJ	32

## **Rola współpracy chirurga szczękowo- twarzowego i fizjoterapeuty w rehabilitacji pourazowego uszkodzenia nerwu twarzowego.**

Antoni Świątkowski, Piotr Sorek, Małgorzata Rymarczyk, Kornelia Korzan

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr n. med. Daria Wziątek- Kuczmik

Porażenie obwodowe nerwu twarzowego jest częstym powikłaniem operacyjnego leczenia złamań wyrostków kłykciowych żuchwy. Do jego objawów należą: brak możliwości marszczenia czoła, zamknięcia i zaciśnięcia powiek, wydęcia policzka oraz uniesienia skrzydełka nosa i kąta ust po stronie porażenia. Ocena stopnia porażenia oparta jest na subiektywnych skalach oraz dokumentacji fotograficznej. Regeneracja nerwu trwa najczęściej od 6 do 12 miesięcy.

40- letni pacjent zgłosił się do Oddziału Klinicznego Katedry i Kliniki Chirurgii Czaszkowo-Szczękowo- Twarzowej SPSKM w Katowicach bezpośrednio po urazie, jakiego doznał w wyniku wypadku komunikacyjnego na skuterze. W TK uwidoczniono złamanie trzonu żuchwy po stronie prawej, odłamanie ze zwicnięciem przyśrodkowym w stawie głowy żuchwy po stronie lewej, szczelinę złamania w zakresie wyrostka zębodołowego szczęki. Bezpośrednio po urazie czynność n. twarzowego była zachowana obustronnie. Ze względu na zaburzenia czynnościowe podjęto decyzję o operacyjnym leczeniu złamań. Repozycję i osteosyntezę stabilną złamania głowy żuchwy po stronie lewej przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym z intubacją przez jamę nosową z dostępu przedusznego. Przebieg pooperacyjny powikłany był porażeniem obwodowym nerwu twarzowego, który oceniono na III/ IV stopień wg skali House'a - Brackmanna, z uwagi na zastosowanie neurostymulatora wykluczono przerwanie ciągłości włókien nerwowych. Ze względu na liczne otarcia skóry nie wdrożono kinesiotapingu w ramach biernej rehabilitacji. W 4 dobie hospitalizacji odbyła się konsultacja fizjoterapeutyczna wraz z instruktażem metod autoterapii, zaordynowano farmakologiczne wspomaganie regeneracji nerwu. Po kontroli w Poradni Przyklinicznej pacjent został skierowany do Klinicznego Zespołu Rehabilitacyjnego, gdzie prowadzono regularną kinezyterapię oraz modyfikowano, w zależności od uzyskiwanych efektów, zalecenia dotyczące autoterapii. Funkcja nerwu twarzowego była oceniana regularnie co miesiąc za pomocą skali Sunnybrook oraz fotografii. W ciągu 4 miesięcy od rozpoczęcia rehabilitacji uzyskano maksymalny wynik według formularza Sunnybrook.

Powyższy opis przypadku pokazuje, jak istotne dla przywrócenia pełnej funkcji nerwu twarzowego jest niezwłoczne wdrożenie regularnej rehabilitacji dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta.

## **Czy operacja wysiłkowego nietrzymania moczu z założeniem slingu podcewkowego u pacjentki ze złamaniem miednicy bez stabilizacji chirurgicznej ma sens? – między ortopedią a ginekologią**

Olaf Pachciński

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Opiekun merytoryczny:  
dr hab. n. med. Aneta Adamiak-Godlewska

Zabieg z użyciem taśmy podcewkowej z dostępu przez otwory zasłonięte jest procedurą ginekologiczną rutynowo przeprowadzaną u pacjentek cierpiących na wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM). Zważywszy na fakt, że u osób z prawidłową anatomią miednicy efektywność tego zabiegu sięga 90%, poniższa praca ma na celu sprawdzenie, czy będzie on skuteczny także w przypadku WNM przy braku stabilności miednicy i zaburzonych stosunkach anatomicznych spowodowanych urazem.

W sierpniu 2020 roku 47 letnia pacjentka uległa wypadkowi motocyklowemu ze złamaniem miednicy i rozejściem spojenia łonowego. Fragmenty kostne gałęzi kości łonowej uszkodziły ścianę pęcherza moczowego, co wymagało leczenia zranienia oraz umieszczenia w pęcherzu cewnika Foleya. W trakcie pobytu w szpitalu, u pacjentki wystąpiła zakrzepica żylna wraz z zatorowością płucną. Rozpoczęto leczenie na OIOK oraz założono filtr naczyniowy do żyły głównej dolnej. Przeprowadzono również operację zaszycia perforacji pęcherza moczowego.

Następnie podjęto próbę zewnętrznej stabilizacji miednicy w celu prawidłowego ułożenia kości, jednak bez oczekiwanego rezultatu – fragmenty kości łonowych nadal raniły pęcherz moczowy. Zaniechano tego typu stabilizacji. Po konsultacji ortopedycznej zrezygnowano także z operacji odtwarzającej prawidłowe stosunki anatomiczne miednicy, ponieważ czas od wypadku wynosił powyżej 3 tygodni, stanowiąc tym samym przeciwwskazanie do zabiegu.

W trakcie powypadkowej rehabilitacji pacjentka zaczęła samodzielnie chodzić, jednak dużą dolegliwość sprawiały jej objawy WNM, które w oparciu o kwestionariusze IIQ7 oraz ICIQ-UI określono jako nasilone.

W kwietniu 2021 roku podjęto decyzję zabiegowego leczenia WNM. Przeprowadzono operację z założeniem taśmy podcewkowej z dostępu przez otwory zasłonięte. Ponowna ocena kwestionariuszami IIQ7 oraz ICIQ-UI po 3 miesiącach od operacji wykazała znaczne zmniejszenie objawów nietrzymania moczu.

Operacja z zastosowaniem slingu podcewkowego przez otwory zasłonięte w przypadku WNM u kobiety po urazie miednicy bez chirurgicznej stabilizacji może przynieść istotne zmniejszenie dolegliwości i poprawę jakości życia. Dalsza obserwacja pacjentki oraz badania na większej liczbie pacjentów są niezbędne do uzyskania danych opartych na dowodach medycznych oraz informacji, co do długoterminowego efektu tego zabiegu.

## **Leczenie wewnątrznacyniowe pourazowego tętniaka rzekomego cieśni aorty w trybie ostro-dyżurowym na przykładzie 43-letniego pacjenta**

Michał Serafin, Justyna Chudy, Wojciech Tokarczyk

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny: dr n. med. Dariusz Stańczyk

Najczęstszą przyczyną powstania tętniaków rzekomych są tępe urazy klatki piersiowej, które spowodowane są nagłą deceleracją podczas wypadków komunikacyjnych lub upadków z dużej wysokości. Innymi przyczynami powstawania takich tętniaków są przyczyny jatrogenne lub zakażenia.

Czterdziestotrzyletni pacjent został przyjęty w trybie ostro-dyżurowym do Oddziału Chirurgii Ogólnej, Naczyń, Angiologii i Flebologii ŚUM w Katowicach ze szpitala w Rybniku, do którego trafił po wypadku komunikacyjnym. Pacjent został przyjęty w stanie ciężkim, był nieprzytomny oraz niewydolny oddechowo. W badaniu przedmiotowym wykazano niereagujące na światło źrenice, niestabilną klatkę piersiową i złamanie kości podudzia prawego. W badaniach laboratoryjnych zaobserwowano liczne odchylenia od norm. Wykonane badanie TK ukazało pourazowego tętniaka rzekomego łuku aorty, liczne złamania żeber, mostka oraz kości podudzia prawego. Zobrazowany tętniak obejmował odejście lewej tętnicy podobojczykowej i sięgał aż do piątego/szóstego kręgu piersiowego. Chory został zakwalifikowany do interwencji hybrydowej w trybie pilnym. Na początku wyeksponowano chirurgicznie prawą tętnicę udową wspólną oraz prawą tętnicę pachową. Prowadnik z prawej tętnicy udowej wyprowadzono na zewnątrz tętnicy pachowej. Zaczęto od wytworzenia pomostu szyjno-podobojczykowego. Następnie założono Amplatzer Vascular Plug II oraz Coile Nester do proksymalnej części tętnicy podobojczykowej lewej. W kolejnym etapie użyto stent-graftu Valiant Thoracic VAMF3232C200TE wprowadzając go do pękniętej aorty, który umieszczono w strefie 1. Ostatnim etapem zabiegu była implantacja stent-graftu Viabahn VBX BXA095902E do lewej tętnicy szyjnej wspólnej. Po udanym zabiegu chorego przekazano na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii celem kontynuacji leczenia.

W przypadku tętniaków rzekomych pourazowych, leczeniem z wyboru powinna być wewnątrznacyniowa implantacja stent-graftu, ponieważ dzięki wewnątrznacyniowej interwencji można zmniejszyć ryzyko powikłań i zgonu pacjenta. Należy jednak pamiętać, że chory może wymagać przeprowadzenia dodatkowych procedur w zależności od lokalizacji tętniaka oraz tego, które gałęzie tętnicze będą zamknięte stent-graftem.



## **PGAD - przetrwałe pobudzenie genitaliów**

Marta Łopyta, Marta Kwiatkowska, Natan Lipka

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr hab. n. med. Krzysztof Nowosielski, prof. SUM

Zespół uporczywego pobudzenia genitaliów (PGAD) wiąże się z objawami uporczywego, niechcianego pobudzenia okolicy genitaliów, które pojawia się pomimo braku podniecenia lub zainteresowania seksualnego. Osoby doświadczające objawów PGAD, często podejmują różnorodne aktywności seksualne nie w celu uzyskania satysfakcji, lecz w celu próby zniesienia uporczywych dolegliwości. Schorzenie dotyka głównie kobiet, a początek objawów jest różnorodny i może wystąpić w każdym wieku. Etiopatogeneza PGAD jest niejasna. Jedynym potwierdzonym czynnikiem ryzyka wystąpienia PGAD są nadużycia seksualne w dzieciństwie i dorosłości.

88-letnia kobieta zgłosiła się z trwającym od kilku miesięcy odczuciem podniecenia seksualnego, lokalizującego się głównie w okolicy łechtaczki, co powodowało znaczny dyskomfort. Pacjentka była zmuszona do masturbacji, która nie przynosiła rozładowania napięcia seksualnego i nie prowadziła do ustąpienia objawów. Kobieta chorowała na nadciśnienie tętnicze, dobrze kontrolowaną cukrzycę oraz niedoczynność tarczycy - w stanie eutyreozy. Wywiad w kierunku wystąpienia urazów okolicy krocza, operacji, używek oraz nadużyć seksualnych w przeszłości był negatywny. W badaniu ginekologicznym zauważono zbielenia napletka łechtaczki oraz zaczerwienienie w okolicy łechtaczki. W badaniu fizykalnym oraz badaniach laboratoryjnych i obrazowych nie było istotnych odchyleń. Konsultacja psychiatryczna również nie wykazała zaburzeń nastroju oraz chorób psychicznych. Zastosowano kolejno następujące metody leczenia: kwas hialuronowy i estrogeny dopochwowo, gabapentynę doustnie oraz maść z lignokainą, które nie przyniosły jednak oczekiwanego efektu. Pacjentka odmówiła terapii lekami psychotropowymi i przeciwdepresyjnymi. Po wyczerpaniu możliwości leczenia farmakologicznego zaproponowano selektywną clitorectomię w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Dokonano usunięcia łechtaczki z plastyką sromu. Operacja oraz okres pooperacyjny przebiegły bez powikłań. Dolegliwości ustąpiły po 6 tygodniach.

PGAD jest mało poznaną jednostką chorobową i opisano jedynie jej nieliczne przypadki. Ze względu na to, że nie powstały schematy terapeutyczne ani badania kliniczne, potwierdzające skuteczność i bezpieczeństwo stosowanych metod leczenia, z tego względu konieczne są dalsze badania.

## **Leczenie przecieku typu I jako odległego powikłania po implantacji stent-graftu Nellix, z wykorzystaniem stent-graftu branch'owego**

Antoni Wołoszyn, Grzegorz Zaborowski, Oskar Woźniak

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny: dr n. med. Dariusz Stańczyk

Niniejsza praca przedstawia przypadek pacjenta z rozpoznaniem przeciekiem typu I, który wystąpił 8 lat po zabiegu EVAR, z implantacją stent-graftu Nellix. U chorego zastosowano leczenie endowaskularne, przy pomocy stent-graftu branch-owego.

Osiemdziesięcioletni pacjent, z rozpoznaniem tętniakiem odcinka brzusznej tętnicy głównej, po przebytych zabiegach EVAR w 2014 roku. Znacznie obciążony kardiologicznie. W wywiadzie zawał serca, po implantacji kardiowertera-defibrylatora serca. Chory obecnie jest w trakcie radioterapii oraz hormonoterapii z powodu raka prostaty. W grudniu 2020 roku przeszedł udar mózgu. W angiogramie wykazano przeciek typu I związany z EVAR. Inne dolegliwości to niedoczynność tarczycy oraz okresowe krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, które po diagnostyce, nie uznano za przeciwwskazanie do leczenia endowaskularnego. Powiększający się tętniak oraz zwiększone ryzyko pęknięcia aorty brzusznej, był podstawą do kwalifikacji pacjenta do operacji wewnątrznaczyniowej, celem implantacji stent-graftu branch-owego. Zabieg przebiegł bez komplikacji. Okres pozabiegowy bez powikłań, wypisany do domu w stanie dobrym.

W przypadku opisywanego pacjenta, zabieg endowaskularny był jedyną możliwością leczenia, z powodu występowania znacznych obciążeń stanu zdrowia chorego. Zastosowanie stent-graftu branchowego umożliwiło: wyłączenie worka tętniaka z krążenia, zaopatrzenie gałęzi implantu Nellix oraz wyeliminowanie przecieku, bez konwersji do operacji otwartej.

## **Embolizacja dodatkowych tętnic odchodzących od aorty jako profilaktyka przecieku II typu u chorych z implantowanym stent-graftem branch'owym**

Agata Suleja, Wiktoria Kuczmik

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny: lek. Maciej Juško,  
prof. dr hab. n. med. Wacław Kuczmik

Endoleak typu II jest najczęstszym ze wszystkich typów przecieków. Jego wystąpienie zwiększa ryzyko reinterwencji, zabiegu klasycznego, a także rozerwania worka tętniaka. Może być spowodowany przez występowanie licznych drożnych tętnic kręzkowych dolnych, lędźwiowych i dodatkowych tętnic nerkowych. Zastosowanie embolizacji zmniejsza ryzyko jego wystąpienia o 24,6%. Dodatkowo wpływa na zmniejszenie worka tętniaka i zmniejsza ryzyko konieczności powtórnej operacji.

69-letni pacjent został przyjęty do naszego oddziału z powodu okołonerkowego tętniaka o maksymalnej szerokości 57 mm. Chory cierpiał na stabilną chorobę wieńcową, hipercholesterolemię i nadciśnienie. Przeżył również zawał serca i był poddany licznym zabiegom. Angio-TK przed zabiegiem wykazało dodatkową lewą tętnicę nerkową, drożną tętnicę kręzkową dolną oraz liczne drożne tętnice lędźwiowe. Istotnie zwiększyło to prawdopodobieństwo wystąpienia endoleaku typu II. Dlatego aby mu zapobiec przed zabiegiem implantacji stent-graftu branchowanego zdecydowano się na embolizację wymienionych tętnic. Zabieg wykonano używając spiral embolizacyjnych. Następnie w dwóch etapach wszczepiono stent-graft branchowany. Zdecydowano się na zabieg wieloetapowy, aby ochronić rdzeń kręgowy przed niedokrwieniem oraz z powodu obciążenia pacjenta wieloma chorobami. Po ostatnim zabiegu wykonano angio-TK, które wykazało prawidłowo zakontrastowany stent-graft branchowany bez widocznego przecieku typu II. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany i pacjent został wypisany do domu.

Przedstawiony przypadek pozwala stwierdzić, że embolizacja jest skuteczną metodą zapobiegania wystąpienia przecieku typu II oraz pomimo licznych obciążeń zabieg może odbyć się bez powikłań.

## **Kardiomiopatia pŃogowa u 28-letniej kobiety w 35-tygodniu ciąży - opis przypadku**

Katarzyna Krzyżak, Anna Danel

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
prof.dr hab.n.med. Zbigniew Nawrat

Kardiomiopatia pŃogowa (PPCM) to idiopatyczna kardiomiopatia występująca w końcowym okresie ciąży lub w pierwszych kilku miesiącach po porodzie. W obrazie klinicznym dominują objawy niewydolności serca (HF) rozwijającej się wtŃornie do dysfunkcji skurczowej lewej komory serca. W przypadku ostrej HF u pacjentek z PPCM wymagających stosowania leków inotropowych lub kontrapulsacji wewnątrzortalnej mimo optymalnego leczenia farmakologicznego, należy rozważyć wszczepienie urządzeń do mechanicznego wspomagania krążenia (LVAD).

28-letnia kobieta w 35-tygodniu ciąży (C1, P1) została przyjęta do szpitala rejonowego z powodu duszności i tachykardii. Przeprowadzona konsultacja ginekologiczna nie wykazała nieprawidłowości. W związku z utrzymującymi się dolegliwościami oraz wystąpieniem wymiotów, pacjentka została przekazana do Kliniki Ginekologii, gdzie rozpoznano wewnątrzmaciczne obumarcie płodu. Wykonano cesarskie cięcie oraz ekstyrpację macicy, powikłane na etapie indukcji znieczulenia nagłym zatrzymaniem krążenia w mechanizmie PEA (czynność elektryczna bez tętna) ze skuteczną reanimacją. Z powodu postępującej pomimo optymalnego leczenia farmakologicznego dekompensacji układu krążenia, pacjentkę w 2. dobie po zabiegu przekazano do Kliniki Kardiochirurgii, gdzie przeprowadzono zabieg implantacji systemu wspomagającego LV typu centrimag Levitronix. W 4. dobie po zabiegu pacjentka została przewieziona do Kliniki Neurologii i Neurochirurgii z rozpoznaniem nadostrego udaru mózgu. Wykonano zabieg trombektomii mechanicznej, uzyskując wycofanie deficytów neurologicznych. W 15.dobie po wszczepieniu, usunięto LVAD. Po 2. miesiącach rehabilitacji pacjentka w pełni wydolna krążeniowo-oddechową i neurologicznie została wypisana do domu.

Kardiomiopatia pŃogowa to rzadka, zagrażająca życiu choroba młodych kobiet, nieleczonych wcześniej kardiologicznie. Rokowanie i spontaniczna odwracalność dysfunkcji lewej komory w PPCM są dużo lepsze niż w innych postaciach kardiomiopatii. U pacjentek z LVAD wszczepionymi z powodu kardiomiopatii pŃogowej należy się liczyć z większą częstością powikłań zakrzepowozatorowych.

# **Zastosowanie protezy samorozprężalnej powlekanej wykonanej z nitinolu w leczeniu paliatywnym nowotworów przełyku.**

## **Opis przypadku**

Natalia Nafalska, Małgorzata Stopyra

Śląski Uniwersytet Medyczny;  
Oddział Chorób Wewnętrznych SPWSZ w Szczecinie

Opiekun merytoryczny:  
lek. Damian Nowak , lek. Katarzyna Bąk-Nafalska

Rak przełyku jest ósmym co do częstości występowania nowotworem na świecie. Nowotwory przełyku należą do grupy najgorzej rokujących nowotworów złośliwych, a odsetek przeżyć 5-letnich nie przekracza 10%. We wczesnej fazie choroby występują nieswoiste objawy, co przekłada się na niską wykrywalność. Nowotwór jest diagnozowany w zaawansowanym stadium, co przyczynia się do niekorzystnego rokowania. Do aktualnie stosowanych metod paliatywnego leczenia zalicza się implantację stentów samorozprężalnych, brachyterapię, wytworzenie gastrostomii bądź jejunostomii.

Celem niniejszej pracy jest prezentacja przypadku pacjenta z nieoperacyjnym nowotworem przełyku, u którego wykonano zabieg protezowania.

Pacjent w wieku 74 lat, przyjęty planowo do Oddziału Chorób Wewnętrznych SPWSZ w Szczecinie z powodu narastającej dysfagii z towarzyszącą odynofagią, czkawki i bólów w nadbrzuszu. Pacjent w dniach poprzedzających przyjęcie przyjmował wyłącznie dietę płynną. W wywiadzie rak przełyku zdiagnozowany 9 miesięcy przed przyjęciem pacjenta do Oddziału, niekwalifikujący się do leczenia operacyjnego, stan po radio- i chemioterapii. W gastrokopii wykonanej w dniu przyjęcia uwidocznił się egzofityczny naciek zwężający światło przełyku. Pacjent został zakwalifikowany do zabiegu implantacji protezy przełyku. Po uzyskaniu zgody pacjenta, w znieczuleniu ogólnym dożylnym, pod kontrolą fluoroskopii wykonano zabieg protezowania z użyciem samorozprężalnej protezy powlekanej (TaeWoong Medical, South Korea) o długości 140 mm i średnicy 20 mm.

Zdjęcie RTG klatki piersiowej wykonane w pierwszą dobę po zabiegu wykazało brak danych dla nieszczelności przełyku bądź migracji protezy. W wyniku zastosowanego leczenia uzyskano znaczącą poprawę samopoczucia pacjenta, ustąpienie objawów dysfagii i możliwość włączenia żywienia naturalnego.

Zabiegi endoskopowe z użyciem stentów samorozprężalnych, choć mniej powszechne, są bezpieczną i skuteczną metodą a ich efektem jest szybkie ustępowanie objawów dysfagii. Zastosowanie protezy cechuje się mniejszą inwazyjnością i zapewnia wyższą jakość życia w porównaniu z powszechnie stosowanymi, klasycznymi metodami chirurgicznymi.

# Pacjentka z nałogiem tytoniowym w ciąży powikłanej małowodziem

Weronika Kowal

Uniwersytet Jagielloński

Opiekun merytoryczny: dr. Barbara Prażmowska

Małowodzie jest stanem, który może wynikać z różnych nieprawidłowości w rozwoju płodu, budowy łożyska i przebiegu ciąży. Do najczęściej występujących zaliczamy: niewydolność łożyska, agenezję nerek i przedwczesne pęknięcie błon płodowych. Patologia ta pociąga za sobą również wiele powikłań i może mieć wpływ na wynik okołoporodowy. Nikotynizm to problem, który w dalszym ciągu dotyczy dużej ilości osób, również kobiet ciężarnych. Palenie papierosów w trakcie ciąży ma wpływ na rozwój płodu w macicy, przebieg ciąży, poród, okres noworodkowy jak również dalsze życie dziecka. Jest to problem mający konsekwencje zdrowotne, społeczne oraz ekonomiczne.

Opis przypadku dotyczy 23-letniej pacjentki w trzeciej ciąży, palącej tytoń z rozpoznaniem małowodziem w trakcie wizyty kontrolnej w 38 tygodniu ciąży. Pacjentka została skierowana na oddział Patologii Ciąży. Po wykonaniu badań laboratoryjnych, stwierdzono zapalenie dróg moczowych u pacjentki. Pacjentka została skierowana do indukcji porodu i przeniesiona na trakt porodowy. Z wywiadu wynikało, że pacjentka paliła około 12–15 sztuk papierosów dziennie przez cały okres ciąży. Dotychczas mało informacji zgromadzono na temat małowodzia jako konsekwencji palenia tytoniu w ciąży.

Palenie tytoniu w trakcie ciąży wpływa na jej przebieg, rozwój płodu oraz może wpływać na przebieg porodu. Przeważnie jest przyczyną wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu, porodów przedwczesnych, niewydolności łożyska i przedwczesnego odklejania się łożyska. Dzieci matek palących papierosy zwykle rodzą się z mniejszą masą urodzeniową i są bardziej narażone na wystąpienie zespołu nagłej śmierci łożeczkowej. Przedstawiony przypadek może zwracać uwagę na związek palenia tytoniu z niewydolnością łożyska i zmniejszoną ilością płynu owodniowego. Należy większą uwagę zwracać na edukację kobiet ciężarnych w zakresie zagrożeń wynikających z palenia tytoniu w trakcie ciąży.

## Transplantacja płuc mimo zakażenia *B. cenocepacia* - opis przypadku

Marta Gmerek, Paulina Księżopolska

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr hab. n. med. Marek Ochman

*Burkholderia cenocepacia* stanowi agresywny szczep bakteryjny wywołujący zakażenie będące względnym przeciwwskazaniem do przeszczepienia płuc. Stanowi to problem u pacjentów z mukowiscydozą (CF), dla których przeszczepienie jest często jedynym wariantem terapeutycznym. Uważa się, iż mukowiscydoza z towarzyszącym zakażeniem *Burkholderia cenocepacia* predysponuje do osiągania gorszych wyników badań czynnościowych oraz krótszego czasu przeżycia pacjentów po przeszczepieniu płuc niż pacjentów z CF zakażonych innymi patogenami.

Przedstawiamy przypadek 46-letniego pacjenta, który z powodu mukowiscydozy oraz schyłkowej niewydolności oddechowej i przewlekłego zakażenia układu oddechowego został zakwalifikowany do przeszczepienia płuc.

W drugiej połowie 2019 roku pacjent został przyjęty do szpitala celem kwalifikacji do przeszczepienia płuc. Wykonano 6MWT, który wykazał obniżone wartości saturacji (93% przed badaniem, 91% po badaniu) na dystansie 307,6 m/6:00 min. Wyniki spirometrii wskazały ciężką obturację (FEV1-25%, FEV1/FVC-41%). Posiew z płwociny ujawnił obfity wzrost szczepu *B. cenocepacia*. Pomimo wdrożonego leczenia według antybiogramu nie udało się eradykować zakażenia.

Zabieg przeszczepienia płuc odbył się 26 grudnia 2019 roku. W pierwszej dobie po operacji pacjent rozpoczął skuteczną rehabilitację na oddechu własnym. Wykonane popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe potwierdziły obecność *B. cenocepacia* w przeszczepionych płucach. Pacjenta leczono według antybiogramu do czasu uzyskania ujemnego wyniku.

W lutym 2020 roku pacjent został ponownie przyjęty na oddział celem kontroli. Wykazano poprawę w 6MWT (saturacja 97% przed badaniem, 96% po badaniu, dystans 518,4 m/6 min.) oraz w spirometrii (FEV1-102%, FEV1/FVC-110%). We wrześniu 2020 nastąpiła kolejna znacząca poprawa spirometrii (FEV1-wzrost o 600 ml). Porównywalne wyniki badań utrzymały się do ostatniej kontroli lekarskiej (25.01.2022).

Przeszczepienie płuc jest operacją ratującą życie pacjentom z ciężką postacią CF. Mimo zwiększonego ryzyka u pacjentów zakażonych *B. cenocepacia*, warto rozważyć tę drogę terapeutyczną przy odpowiednim przygotowaniu oraz nadzorze klinicznym.

## **Wieloetapowa terapia rozwarstwiającego tętniaka aorty piersiowo-brzusznej**

Wiktorія Kuczmik, Agata Suleja

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
prof. dr hab. n. med. Wacław Kuczmik

Terapia rozwarstwiającego tętniaka aorty piersiowo-brzusznej (TAAA) niesie za sobą ryzyko licznych powikłań. Doniesienia naukowe jednoznacznie pokazują, że zabiegi wieloetapowe zarówno w klasycznej chirurgii, jak i chirurgii wewnątrznaczyniowej znacząco obniżają śmiertelność okołoperacyjną, paraplegię, tetraplegię czy też udar rdzenia kręgowego.

40-letni mężczyzna zgłosił się do szpitala z powodu przewlekłego rozwarstwiającego TAAA typu B Stanford. W wywiadzie rodzinnym zidentyfikowano tętniaka aorty brzusznej u ojca pacjenta. Badanie tomografii komputerowej uwidocznilo rozległe rozwarstwienie TAAA od tętnicy lewej podobojczykowej. Na poziomie aorty piersiowej średnica aorty wynosiła do 62 mm, a na poziomie brzusznyim sięgała do 65 mm. Prawa tętnica udowa miała średnicę 42 mm, a lewa 40 mm. Strategia leczenia chorego została oparta na pięciu hybrydowych zabiegach. Terapię rozpoczęto wycięciem tętniaka aorty brzusznej i tętnic biodrowych, tym samym przygotowując dystalną strefę lądowania dla planowanego stent-graftu branchowego. Ponadto dokonano rekonstrukcji aortalno-biodrowej po prawej stronie i pomostowanie protezowo-udowe po lewej stronie. Następnie wykonano by-pass szyjno-obojszykowy lewy oraz embolizację lewej tętnicy podobojczykowej. Kolejne etapy obejmowały implantację stent-graftu do aorty piersiowej zstępującej, implantację modułu trzewnego z branchami oraz implantację pomostowego stent-graftu do lewej tętnicy nerkowej. Stent-graft branchowy został zaprojektowany zgodnie z anatomią pacjenta oraz zawierał upper-branch do tętnicy lewej nerkowej i moduł przedłużający zawierający fenestr na przęsło protezowo-udowe. Pacjent w dobrym stanie został wypisany ze szpitala.

Leczenie hybrydowe daje możliwość leczenia złożonych schorzeń aorty piersiowej i brzusznej. Ponadto wykonanie zabiegu w wielu etapach zmniejsza występowanie powikłań.





# SESJA PRZYPADKOW INTERNISTYCZNYCH II

MOŻLIWOŚCI TERAPEUTYCZNE LECZENIA TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO W PRZEBIEGU ASD U OSÓB DOROSŁYCH - OPIS PRZYPADKU	34
NAWRACAJĄCE INFEKCJE U CHOREGO NA MUKOWISCYDOZĘ PO PRZESZCZEPIENIU PŁUC	35
STUDIUM NIEWIDZIALNEGO ZATORU	36
TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE PRZY WSPÓŁWYSTĘPOWANIU NEUROINFEKCJI I CHOROBY CREUTZFELDTA-JACOBA - OPIS PRZYPADKU	37
WZNOWA RAKA PIERSI - OPIS PRZYPADKU	38
GRUŹLICA PROSÓWKOWA W TRAKCIE LECZENIA BIOLOGICZNEGO INFLIKSYMABEM PACJENTA Z CHOROBAJĄ LEŚNIEWSKIEGO-CROHNA - CZY MOŻNA BYŁO PRZEWIDZIEĆ ROZWÓJ GRUŹLICY?	39
POŁOŻNICA Z GUZEM MÓZGU	40
SERIA NIEFORTUNNYCH ZDARZEŃ – RZADKI PRZYPADK INFEKCYJNEGO ZAPALENIA WSIEDZIA PO ABLACJI ARYTMII KOMOROWEJ JAKO ROZWARSTWIENIE LEWEJ KOMORY, TĘTNIAK RZEKOMY I ROPIEŃ	41

## **Możliwości terapeutyczne leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego w przebiegu ASD u osób dorosłych - opis przypadku**

Jacek Zarzecki, Małgorzata Niemiec, Klaudia Żądecka

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
prof. dr hab.n.med. Katarzyna Mizia-Stec

Sarkoidoza jest uogólnioną chorobą ziarniniakową o nieznannej etiologii. Może zajmować również miejsca o krytycznym dla życia znaczeniu takie jak ośrodkowy układ nerwowy czy serce. Przyżyciowo sarkoidoza serca rozpoznawalna jest zaledwie u 5% chorych.

39-letni mężczyzna z sarkoidozą płuc w wywiadzie - przed 10 laty, został przyjęty I Katedry i Kliniki Kardiologii SUM w Katowicach, GCM w Ochojcu z powodu nasilających się od kilku dni dolegliwości bólowych w klatce piersiowej z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego. Pacjent nie przyjmował żadnych leków na stałe. W wywiadzie nawracające dolegliwości bólowe w obrębie dużych stawów trwające kilka lat, kołatania serca oraz epizod presyncope. Wykonane w trybie pilnym badania wykazały podwyższone stężenia markerów martwicy miokardium. W EKG stwierdzono dynamiczne zmiany załamka T w odprowadzeniach V3-V6. W echokardiografii rejestrowano zaburzenia kurczliwości odcinkowej lewej komory przy zachowanej frakcji wyrzutowej. Obraz kliniczny wskazywał zatem na NSTEMI i był wskazaniem do pilnej koronarografii. Wobec faktu, że koronarografia nie wykazała istotnych zmian w naczyniach wieńcowych rozszerzono diagnostykę. Kontrolne stężenia troponiny T utrzymywały się na stałym podwyższonym poziomie- 0,053 ng/ml, stężenie CRP wynosiło < 5 mg/l. W trakcie hospitalizacji nie stwierdzano hiperkalcemii i hiperkalciurii. W związku z podejrzeniem zapalenia mięśnia sercowego lub aktywnej postaci sarkoidozy serca wykonano dodatkowe badania. W RTG klatki piersiowej nie wykryto żadnych istotnych zmian. 24-h rejestracja EKG metodą Holtera wykazała: rytm zatokowy o średniej częstości 52/min, max. przyspieszony do 86/min, max. zwolniony do 39/min, ESV 2/zapis, EV 2 ogniskowa, pojedyncza 28/zapis, bez zaburzeń przewodzenia przedsionkowo-komorowego oraz patologicznych pauz. USG jamy brzusznej- bez zmian, CMR - powiększona LV z IVS do 15 mm, LVEF 48%, RVEF 66% oraz wyraźne uszkodzenie w ścianie prawej komory- obraz nie spełniał kryteriów ARVC.

Pomimo podwyższonego poziomu markerów uszkodzenia mięśnia sercowego badanie PET wykluczyło obecność aktywnej sarkoidozy w obrębie serca. Chory nie spełniał wskazań do włączenia sterydów, a także nie miał wskazań do elektroterapii pomimo incydentów presyncope w wywiadzie. Stworzyło to problem dotyczący dalszego postępowania leczniczego. Po miesiącu od hospitalizacji kontrolne badania laboratoryjne wykazały hiperkalcemię i hiperkalciurii, co było podstawą włączenia sterydów i doprowadziło do czasowej regresji objawów.

Opisany przypadek kliniczny pokazuje, że sarkoidoza serca może przybierać bardzo różny przebieg kliniczny i stwarzać wielkie wyzwania diagnostyczne i problemy dotyczące wyboru leczenia.

## Nawracające infekcje u chorego na mukowiscydozę po przeszczepieniu płuc

Paweł Sybila, Agata Mędrala, Wiktor Wolny

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny: lek. med. Magdalena Latos

Transplantacja płuc jest metodą leczenia ratującą życie chorych z nieodwracalnym uszkodzeniem płuc. Wiąże się z koniecznością zastosowania leczenia immunosupresyjnego, które zwiększa ryzyko infekcji. Szacuje się, że zakażenia po przeszczepieniu płuc są drugą przyczyną śmiertelności do 30 dni po transplantacji oraz pierwszą przyczyną zgonów w okresie od 1 miesiąca do roku po przeszczepieniu płuc.

Opis przypadku przedstawia 26-letniego pacjenta po przeszczepieniu obu płuc dnia 20.04.2019 z powodu pogarszającej się niewydolności oddechowej w przebiegu mukowiscydozy. W styczniu 2020 roku stan chorego uległ pogorszeniu i rozpoznano potransplantacyjną chorobę limfoproliferacyjną (PTLD). Zastosowano farmakoterapię rituximabem, hospitalizacja pacjenta trwała ponad pół roku. Po wypisaniu pacjenta w krótkim czasie nastąpiła seria nawracających infekcji górnych dróg oddechowych. Po przyjęciu do oddziału stan chorego ulegał natychmiastowej poprawie. Pacjenta wypisywano do domu, jednak po kilku dniach wracał do oddziału z towarzyszącymi objawami infekcji. Powtarzające się zakażenia bakteryjne były zastanawiające. Zlecono serię posiewów mikrobiologicznych przedmiotów z otoczenia pacjenta, w tym z ustnika inhalatora, który to okazał się dodatni – wyhodowano bakterie *Proteus mirabilis* oraz *Bacillus* spp. Wysłunięto wniosek, iż ze względu na długotrwałe hospitalizacje pacjent zaniedbał rutynowe czyszczenie i wymianę elementów prywatnego inhalatora. Doszło do kolonizacji sprzętu patogenami chorobotwórczymi w wyniku czego urządzenie zamiast poprawiać stan chorego przyczyniało się do nawracających infekcji. Podczas pobytów w oddziale dochodziło do poprawy ze względu na zastosowaną terapię oraz przerwanie ekspozycji na patogeny obecne na inhalatorze. Po jego wymianie nie doszło do ponownej hospitalizacji aż po dziś dzień. Pacjent jest pod stałą kontrolą poradni transplantologicznej.

Pacjenci narażeni są na infekcje z różnych źródeł, nawet z tych z które mają za zadanie ich leczyć. W nawracających infekcjach należy brać pod uwagę różne wrota zakażeń, szczególnie u chorych stosujących leczenie immunosupresyjne. Jednym z ważniejszych czynników prewencyjnych jest edukacja pacjentów.

## Studium niewidzialnego zatoru

Mikołaj Kuleszyński, Daniel Stadnik, Wojciech Chojna, Michał Kawa

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny: lek. med. Mateusz Sajdok

Diagnostyka zaburzeń oddychania stanowi elementarną umiejętność lekarza. Kluczowym dla prawidłowego rozpoznania jest dobrze zebrany wywiad oraz badanie przedmiotowe.

Prezentujemy przypadek 69-letniej kobiety, która w trybie planowym zgłosiła się do Oddziału Elektrokardiologii z powodu wyczerpywania się baterii kardiostymulatora. Przy przyjęciu pacjentka zgłaszała duszność, odczuwaną od około 2 lat, z towarzyszącym suchym kaszlem, pogorszeniem tolerancji wysiłku (klasa II wg. NYHA) i pojawiającym się uciskiem w klatce piersiowej. Pacjentka w młodości była pod kontrolą pulmonologa, wykluczono astmę i przewlekłą obturacyjną chorobę płucną. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono odchyleń od normy. BP:112/68 mmHg, SpO<sub>2</sub> 97%. Badania laboratoryjne wykazały podwyższone stężenie D-dimerów oraz NT-proBNP, przy prawidłowych TnT<sub>hs</sub> oraz CK-MB. W gazometrii krwi tętniczej PO<sub>2</sub> 75 mmHg, bez retencji CO<sub>2</sub>. W badaniu UKG stwierdzono prawidłową frakcją wyrzutową lewej komory 62% bez istotnych klinicznie wad zastawek. Ze względu na brak istotnych zmian w wykonanej w 2019 roku koronarografii nie rozważano jej ponowienia. Biorąc pod uwagę powyższe wysunięto podejrzenie zatorowości płucnej. TK tętnic płucnych z kontrastem nie wykazało obecności skrzeplin w obrębie naczyń, stwierdzono natomiast brak lewej tętnicy płucnej. Proksymalne Przerwanie Tętnicy Płucnej (ang. Proximal Interruption of the Pulmonary Artery, PIPA) jest rzadkim (około 1 na 200,000) zaburzeniem, w przebiegu którego nie dochodzi do pełnego wykształcenia bliższego odcinka tętnicy płucnej, jednak zachowane są segmenty wewnątrzpłucne. Zazwyczaj jest to incydentalne znalezisko u bezobjawowych pacjentów. Zaburzenie częściej występuje po stronie prawej. Typowe objawy to obniżona tolerancja wysiłku (40% chorych), nawracające infekcje oddechowe (37%), krwioplucie. U 19%-25% chorych obserwuje się rozwój nadciśnienia płucnego.

Preferowane jest leczenie zachowawcze, natomiast leczenie farmakologiczne zależy od objawów towarzyszących. W przypadku narastającego nadciśnienia płucnego preferowanym leczeniem są leki doustne z grupy inhibitorów fosfodiesterazy oraz antagonistów receptora endoteliny. W przypadku nasilającego się krwioplucia rozważyć można embolizację naczyń krążenia obocznego lub pneumonektomię nieprawidłowego płuca. Przypadek pokazuje, że przyczyna dolegliwości niejednokrotnie bywa nieoczywista i wymaga czujności diagnostycznej.

## **Trudności diagnostyczne przy współwystępowaniu Neuroinfekcji i choroby Creutzfeldta-Jacoba - opis przypadku**

Michał Lubczyński

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny: dr n. med. Natalia Niedziela

Choroby prionowe jako grupa chorób neurozwyrodnieniowych charakteryzują się odkładaniem patologicznej izoformy białka prionu – PrP<sup>Sc</sup>, w ośrodkowym układzie nerwowym oraz niektórych tkankach. Najczęstszą chorobą prionową jest choroba Creutzfeldta-Jakoba (CJD), której częstość występowania sięga od 0,5 do 1:100000. Istotą samej choroby jest trwałe uszkodzenia struktur ośrodkowego układu nerwowego, co skutkuje występowaniem niespecyficznego objawów neurologicznych takich jak np. zespoły otępienne czy padaczki.

61-letnia kobieta z zespołem zależności alkoholowej (ZZA) w wywiadzie, została przyjęta na oddział w trybie pilnym po pierwszorazowym wystąpieniu powtarzalnych napadów padaczkowych. W trakcie hospitalizacji wykluczono chorobę udarową, a badania obrazowe nie dawały jednoznacznej przyczyny objawów. Z tego powodu wykonano posiew płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR), w którym potwierdzono neuroinfekcję, którą zwalczono antybiotykoterapią, leczeniem przeciwwirusowym oraz przeciwpadaczkowym. Po uzyskaniu poprawy stanu ogólnego pacjentka została wypisana do domu, z zaleceniem dalszej diagnostyki. 11 dni później, pacjentka została przyjęta z powodu stanu padaczkowego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Modyfikacja leczenia poprawiła stan zdrowia pacjentki, która została wypisana przez rodzinę. Jednak 4 dni po wypisie pacjentka ponownie trafiła na oddział z powodu padaczki. W ponownym posiewie PMR wyhodowano inną niż wcześniej bakterię, a ponadto stwierdzono dodatnie posiewy krwi i moczu. Obecni pomimo leczenia przeciwpadaczkowego oraz antybiotykoterapii, stan pacjentki stale się pogarsza. Z tego powodu wykonano badanie PMR na obecność białka 14-3-3, którego obecność zdecydowanie może świadczyć o CJD, a jego wynik był dodatni.

Współwystępowanie neuroinfekcji oraz ZZA może znacząco opóźnić rozpoznanie CJD, co wiąże się z gorszym rokowaniem dla pacjenta. Pomimo rzadkiego występowania tej choroby w Polsce warto rozważyć badanie białka 14-3-3 przy niespecyficznym postępujących neuroinfekcjach, niereagujących na leczenie.

## Wznowa raka piersi - opis przypadku

Milena Muniak

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr n. med. Katarzyna Kryszczyszyn-Musialik

W Polsce rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet stanowiąc po nowotworze płuca aż 15,1 % zgonów pacjentek onkologicznych. Upowszechnienie przesiewowych badań MMG wraz z leczeniem uzupełniającym zabieg operacyjny przyczyniły się do poprawy przeżywalności pacjentek z rakiem piersi. Jednakże u niektórych chorych może nastąpić nawrót nowotworu. U pacjentek po leczeniu radykalnym dochodzi do wznowy lub rozsiewu choroby w 20-30%. Czasem jednak nie guz, lecz ból może być głównym objawem wznowy choroby nowotworowej. W przypadku zaawansowanej postaci raka piersi często lokalizacją bólu nowotworowego są kości.

W poniższej pracy przedstawiono opis przypadku chorej, która była leczona i rehabilitowana z powodu bólów kręgosłupa (bez diagnostyki) co w efekcie okazało się wznową raka piersi. W przebiegu zmian nowotworowych 59-letnia pacjentka z rozpoznaniem raka lewej piersi (Carcinoma ductale infiltrans Bloom II; pT1cN0M0) po leczeniu radykalnym przestała chodzić (ECOG - 4). Wstępna amplifikacja z pierwotnego guza piersi, ER (3+), PR (-), HER2 (2+), dała niejednoznaczne wyniki. Nastąpił rozsiew do płuc, wątroby i kości; usunięto guz kanału kręgowego. Chora poddawana była paliatywnej chemo- hormono- i immunochemioterapii. Po zastosowaniu odpowiedniego leczenia p/bólowego, neurochirurgicznego i onkologicznego pacjentka odzyskała pełną sprawność na długie lata. Powyższy przypadek wskazuje, iż przewlekły ból, szczególnie postępujący, nie poddający się standardowej terapii zawsze wymaga odpowiedniej diagnostyki obrazowej w celu określenia jego dokładnej przyczyny i wykluczenia nowotworu złośliwego. Dotyczy to zwłaszcza pacjentek, które mają historię onkologiczną. U chorej dopiero dodatni wynik HER2 umożliwił zastosowanie leczenia celowanego, które zahamowało postęp choroby i poprawiło jakość życia pacjentki.

W przypadku podejrzenia rozsiewu narządowego pacjentki powinny być poddane zarówno badaniom histopatologicznym jak i histochemicznym (ekspresja receptorów steroidowych i HER2) w celu dokładnego określenia profilu nowotworu.

## **Gruźlica prosówkowa w trakcie leczenia biologicznego infliksymabem pacjenta z chorobą Leśniowskiego-Crohna - czy można było przewidzieć rozwój gruźlicy?**

Karolina Majewska, Andrzej Rak

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
dr n. med. Magdalena Gawron-Kiszka

Ze względu na rolę czynnika martwicy nowotworów  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) w stymulacji fagocytozy prątków przez makrofagi, aktywacji procesów zależnych od limfocytów T CD4+ oraz indukcji apoptozy makrofagów zakażonych prątkami, chorzy leczeni inhibitorami TNF- $\alpha$  mają istotnie zwiększone ryzyko wystąpienia gruźlicy. Zazwyczaj jest ona wynikiem reaktywacji zakażenia, dlatego przed włączeniem terapii biologicznej konieczne jest wykrycie i leczenie gruźlicy latentnej i monitorowanie stanu pacjenta.

Pacjent lat 40, z chorobą Leśniowskiego-Crohna (wg klasyfikacji Montrealskiej A2, L3, B3) hospitalizowany był w Oddziale Gastroenterologii i Hepatologii z powodu zaostrzenia choroby. Po 8 tygodniach nieskutecznego leczenia konwencjonalnego zdecydowano o przeprowadzeniu kwalifikacji do leczenia biologicznego. Nie stwierdzono przeciwwskazań do rozpoczęcia terapii (wynik testu QuantiFERON-TB Gold był ujemny). Podano 4 dawki infliksymabu i uzyskano remisję choroby - spadek wartości CDAI z 360 do <150 punktów.

Po 6 tygodniach od podania czwartej dawki infliksymabu chory zgłosił się do oddziału w stanie ciężkim. Podawał narastające dolegliwości bólowe, pogorszenie tolerancji wysiłku, powiększenie obwodu brzucha. W badaniu przedmiotowym stwierdzono wyniszczenie, tachykardię, płyn w jamach opłucnowych, wodobrzusze, obrzęki kończyn dolnych. Wykonano badania obrazowe, posiewy krwi oraz test QuantiFERON-TB Gold (konwersja do wyniku dodatniego). Pacjenta z rozpoznaniem prosówki gruźliczej przekazano do Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy.

Ujemny wynik testu QuantiFERON-TB Gold w trakcie kwalifikacji do leczenia biologicznego przemawia za rozpoznaniem gruźlicy pierwotnej u pacjenta leczonego inhibitorem TNF- $\alpha$ . Zakażenie prątkiem gruźlicy de novo występuje rzadziej niż reaktywacja gruźlicy latentnej, wymaga różnicowania z rozsiewem procesu nowotworowego, infekcją wirusem HIV, infekcją uogólnioną o etiologii bakteryjnej lub grzybiczej. U chorych leczonych inhibitorami TNF- $\alpha$  częściej obserwuje się gwałtowny przebieg gruźlicy.

## Położnica z guzem mózgu

Dominika Kaźmierczak

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny: lek. med. Michał Pluta

Przypadek kliniczny dotyczy 24-letniej położnicy z guzem mózgu w komorach bocznych. W 37. tygodniu ciąży u pacjentki pojawiły się ruchy mimowolne, które z czasem nasiliły się, powodując konieczność rozwiązania ciąży, przez cięcie cesarskie w trybie pilnym. W badaniu MR uwidoczniło guza komór bocznych. Po wykonanym cięciu pacjentka została skierowana na oddział neurochirurgii, gdzie wykonano resekcję guza metodą kraniotomii czołowo-ciemieniowej prawostronnej nad zatoką strzałkową górną. Z powodu nagłych pooperacyjnych zaburzeń świadomości oraz niewydolności oddechowej, pacjentka trafiła na oddział intensywnej terapii. Chora była utrzymywana w analgosedacji i mechanicznym wspomaganiu oddechu. Po kilkudniowej poprawie stan pacjentki pogorszył się - konieczny był zabieg usunięcia wodniaka zlokalizowanego w okolicy lewego płata czołowego oraz założenie zewnętrznego drenażu dokomorowego z czujnikiem ICP. W kolejnych dniach konieczna była kilkukrotna wymiana drenu, z powodu jego dysfunkcji i narastania objawów ciasnoty śródczaszkowej. Ze względu na narastanie cech infekcji wdrożono antybiotykoterapię. Obecnie pacjentka wciąż znajduje się na oddziale intensywnej terapii w analgosedacji, niewydolna krążeniowo i oddechowo. U pacjentki zlecane były konsultacje położnicze i ginekologiczne - rana po cięciu cesarskim goi się dobrze, kontynuowana jest blokada produkcji pokarmu.

Opisany przypadek kliniczny obrazuje wielospecjalistyczną współpracę między oddziałami.



## **Seria niefortunnych zdarzeń – rzadki przypadek infekcyjnego zapalenia wsierdza po ablacji arytmii komorowej jako rozwarstwienie lewej komory, tętniak rzekomy i ropień**

Maria Stec, Dominika Dziadosz

Śląski Uniwersytet Medyczny

Opiekun merytoryczny:  
prof. dr hab.n.med. Katarzyna Mizia-Stec

Infekcyjne zapalenie wsierdza najczęściej zajmuje zastawki serca i wiąże się z poważnym rokowaniem (śmiertelność 20%). Czasem przybiera niespecyficzny obraz kliniczny stawiając wyzwanie zarówno w kwestii rozpoznania, jak i terapii.

77-letni pacjent z wielonaczyniową chorobą wieńcową, niewydolnością serca ze zmniejszoną frakcją wyrzutową (NYHA III), po implantacji dwujamowego kardiowertera-defibrylatora (ICD) został przyjęty do I Katedry i Kliniki Kardiologii SUM w Katowicach w trybie natychmiastowym z uwagi na zagrażający życiu epizod tachykardii komorowej. W wywiadzie nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia i przewlekła choroba nerek w stadium IIIB. Chory przebył dwa zawały mięśnia sercowego oraz zabieg CABG (2013) powikłany infekcyjnym zapaleniem śródpiersia. W EKG stwierdzono stymulację dwukomorową ICD z rytmem 70/min. W echokardiografii przezprzełykowej rejestrowano uogólnioną hipokinezę lewej komory, akinezę tylnej i dolnej ściany lewej komory i niewielkie pogrubienie przegrody międzykomorowej (12mm), LVEF 20-25%. W celu wykluczenia niedokrwienia miokardium, jako przyczyny arytmii komorowej, wykonano w trybie pilnym koronarografię, która potwierdziła obecność wielonaczyniowej CAD (niekrytyczne zwężenia 40% RCA, 60% LAD, drożny bypass LIMA-LAD oraz niedrożność bypassów RIMA-RCA i Ao-OM) – bez wskazań do rewaskularyzacji. Ze wskazań życiowych przeprowadzono zabieg ablacji oraz mappingu stymulacyjnego lewej komory. W okresie po zabiegowym, zgodnie z wytycznymi, stosowano heparynę drobnocząsteczkową. Pacjent został wypisany w ogólnym stanie dobrym.

Po tygodniu pacjent zgłosił się na oddział ratunkowy w stanie ciężkim, z objawami szoku septycznego, zaawansowaną niewydolnością serca, skąpomoczem. Badania laboratoryjne wykazały leukocytozę, anemię oraz podwyższone stężenia CRP i prokalcytoniny świadczące o toczącym się procesie zapalnym. W echokardiografii uwidoczniło dylatację wszystkich jam serca, odcinkowe zaburzenia kurczliwości, LVEF 20% oraz zmiany wskazujące na infekcyjne zapalenie wsierdza: nacieczenie, pogrubienie, rozwarstwienie i dodatkowy przepływ krwi w obrębie ściany lewej komory wraz z tętniakiem rzekomym (54 x 40mm) oraz dodatkowy twór w okolicy zastawki mitralnej. Mimo wdrożenia antybiotykoterapii celowanej (posiewy krwi: *Staphylococcus aureus*), jedynie czasowo uzyskano stabilizację chorego. Weryfikacja ognisk zapalnych. ujawniła próchnicę zębów - wykonano sanację jamy ustnej mimo ciężkiego stanu pacjenta. Dwa dni później pacjent zmarł na skutek powikłań sepsy.

Eliminacja ognisk zapalnych przed planowym zabiegiem ablacji jest kluczowa dla minimalizacji ryzyka wystąpienia potencjalnej infekcji wsierdza. W prezentowanym przypadku ablacja arytmii komorowej wykonywana była ze wskazań życiowych, a infekcyjne zapalenie wsierdza było najpewniej efektem nadkażenia skrzepliny w miejsca gojenia po zabiegu ablacji prowadząc do rozwarstwienia lewej komory i ropnia, ostatecznie do zgonu chorego. Wydaje się uzasadnionym rozszerzenie wskazań do profilaktyki antybiotykowej u chorych poddawanych zabiegom inwazyjnym, którzy pomimo zaleceń mają ogniska zapalne.