



# PNEVMONITIS: PRIKAZ PRIMERA

Nina Fokter Dovnik, Marta Globočnik Kukovica, Mojca Unk

Onkološki inštitut Ljubljana

V prispevku predstavljamo primer 63-letnega bolnika, ki je bil prvič pregledan na Onkološkem inštitutu decembra 2013. Do takrat se je bolnik zdravil zaradi arterijske hipertenzije, hiperlipidemije in periferne arterijske okluzivne bolezni (PAOB), zaradi katere je imel že opravljeno tudi kirurško revaskularizacijo. Bil je bivši kadilec, kadil je 38 zavojček-let. Zaradi tri mesece trajajočega kašlja je bila opravljena diagnostika s CT in PET-CT preiskavo, ki sta pokazali 23 mm veliko metabolno aktivno tumorsko formacijo v levem zgornjem pljučnem režnju ter povečane bezgavke v levem hilusu in mediastinumu. Oddaljenih zasevkov preiskave niso pokazale. Po več neuspešnih poskusih pridobitve diagnostičnega materiala iz primarnega tumorja, je bila diagnoza postavljena citološko iz punkcije bezgavke regije 4L, šlo je za adenokarcinom. Po 7. različici TNM klasifikacije je bil stadij opredeljen kot T1bN2M0 – IIIA.

Bolnik je pričel zdravljenje z indukcijsko kemoterapijo po shemi cisplatin – vinorelbin. Po drugem krogu zdravljenja je prišlo do febrilne nevtropenije 3. stopnje. Ker je kontrolni rentgenogram pljuč pokazal le stagnacijo bolezni, je zdravljenje nadaljeval z radikalnim obsevanjem, ki ga je zaključil aprila 2014.

Po prostem intervalu 13 mesecev je bil maja 2015 potrjen progres bolezni v pljučih in levi ledvici. Iz biopsije zasevka v ledvici je bil določen status ALK translokacije, ki je bil negativen, statusa EGFR mutacij pa kljub večim poskusom pridobitve materiala ni bilo možno določiti. Bolnik je zato nadaljeval zdravljenje s kemoterapijo po shemi karboplatin – pemetreksed; prejel je štiri kroge in dva kroga vzdrževalnega zdravljenja s pemetreksedom. Prisotna je bila hematotoksičnost z anemijo 3. stopnje, dosežena pa stagnacija bolezni. Zdravljenje je bilo nato zaradi slabega uspeha zaključeno v decembru 2015.

Podveh mesecih je prišlo do radiološkega progres aplevralnega izliva in limfangiokarcinomatose ter do kliničnega poslabšanja s suhim kašljem in hujšanjem. Opravljena je bila ponovna biopsija zasevka v ledvici za pridobitev statusa EGFR mutacije, ki je bila neuspešna. V programu sočutne uporabe je bilo bolniku odobreno zdravljenje z nivolumabom. Po dveh aplikacijah je opazil klinično izboljšanje kašlja in dispneje.

Štirinajst dni po 3. aplikaciji nivolumaba je bil bolnik sprejet v dežurstvu zaradi poslabšanja dispneje. Navajal je tudi težje odvajanje vode, povsem je obležal. Nad pljuči so bili difuzno slišni inspiratorni in ekspiratorni piski, inspiratorni poki in podaljšan ekspirij. Bolnik je bil v akutni respiracijski insuficienci, povišani so bili kazalci vnetja. Nujna CT preiskava je pokazala pnevmonitis desnih pljuč. Ker je šlo za zaplet onkološkega zdravljenja, se je

bolnikova onkologinja kljub slabi prognozi odločila za intenzivno zdravljenje. Bolnik je bil intubiran in mehansko ventiliran, potreboval je hemodinamsko podporo z visokimi odmerki noradrenalina, uvedena je bila širokospektralna antibiotična in antimikotična terapija in kortikosteroidi v kontinuirani infuziji v visokih odmerkih. Po 10 dneh intenzivnega zdravljenja je prišlo do zagona sepse z ledvično odpovedjo in hemodinamsko nestabilnostjo. Konzilij zdravnikov intenzivne medicine in internistične onkologije se je takrat odločil za prenehanje intenzivnega zdravljenja. Bolnik je umrl po 11-ih dneh hospitalizacije, 25 dni po tretji aplikaciji nivolumaba.