

Atypické pneumonie

Atypické pneumonie jsou pneumonie, které charakterizuje nepoměr mezi chudým fyzikálním a rozsáhlým rentgenovým nálezem (velké klínovité infiltráty) s častým pleurálním postižením. Bývají etiologie virové, chlamydiové, mykoplazmové či pneumocystové.

Termín atypická pneumonie je v současné době považován za obsoletní a neměl by se používat. Dříve se používal pro označení pneumonií způsobených atypickými agens, což je chybné označení, nebo jej používají rentgenologové pro označení pneumonie bez typického RTG nálezu, nebo se používá pro nezvykle probíhající pneumonii nereagující na ATB léčbu. V současnosti preferované dělení pneumonií je na **nozokomiální, komunitní, pneumonie u imunokompromitovaných, pneumonie v ústavech sociální péče a ventilátorová pneumonie**. ^[1]

 Podrobnější informace naleznete na stránce *Pneumonie*.

Virové pneumonie

Etiologie

- RSV infekce – hlavně v zimních měsících,
- parainfluenza na podzim, v zimě i na jaře,
- chřipka uprostřed zimy,
- adenoviry po celý rok.

Klinický obraz

Na začátku často předchází zánět HCD se sípáním nebo stridorem, kašel, známky ztíženého dýchání (zatahování, grunting, alární souhyb). **Fyzikální nález** podobný bakteriálním pneumoniím – chrůpky, oslabené dýchání. **Laboratorní vyšetření:** leukocyty v normě nebo lehce vyšší (nepomůže to odlišit bakteriální, pokud by byly ale leukocyty výrazně zvýšeny, byl by virový zánět nepravděpodobný). Závažnost, RTG ani fyzikální vyšetření nám spolehlivě nerozliší virový a bakteriální zánět.

Diagnóza

Rychlé diagnostické testy k průkazu virů (např. testy fluorescenčních Ig nebo ELISA pro RSV). **Průkaz viru** je důležitý, neboť někdy umožní použití specifického antivirotika. Pacienti s adenovirovou pneumonií mohou mít těžké nekrotizující pneumonie se vznikem pneumatokél.

RTG plic – pruhovitá perihilózní kresba, zvýrazněná intersticiální kresba, peribronchiální infiltráty nebo disperzní bronchopneumonie (ale může být i alární zastření jako u bakterií).

Komplikace

Po adenovirové pneumonii může následovat **bronchiolitis obliterans** nebo **těžké chronické respirační selhání**. Po infekci se může rozvinout **hyperreaktivita dýchacích cest**. Mohou být následně komplikovány bakteriální pneumonií.

Terapie

Obecná podpurná léčba jako u bakteriální, těžce nemocní mají být hospitalizováni. Bakteriální superinfekce často nemůže být zcela vyloučena, je indikováno současné podávání ATB. Na RSV – ribavirin, na chřipku A a B – amantadin.

Prevence a prognóza

Respiračně riziková pacienta by měli být každoročně očkováni proti chřipce A a B, děti se suspektní virovou pneumonií musejí být izolovány, pečlivě je třeba si mýt ruce. Většina se vyléčí bez komplikací.

Chlamydiové pneumonie

Vzácné, postihují hlavně kojence ve věku 2–12 týdnů. U novorozenců a kojenců hlavně *Chlamydia trachomatis* – chlamydie se dostanou k dítěti od matky během porodu. U starších dětí *Chlamydia pneumoniae* – přenos je kapénkový.

Klinický obraz

Kašel, tachypnoe, konjunktivitida (ale ta nemusí být!), poslech – chrůpky, ojediněle pískoty, teplota nemusí být zvýšená. Laboratorní vyšetření: eosinofilie, zvýšené IgM, IgG, IgA. RTG plic – difúzní intersticiální zastínění, hyperinflace, zmnožení peribronchiální kresby.

Diferenciální diagnóza

Viry, pneumocystis.

Terapie

Doxycyklin (dospělí a starší děti) nebo klaritromycin (u dětí), léčba trvá obvykle 5 dní, délka terapie se upravuje dle klinického stavu. Hospitalizují se kojenci s výraznou dechovou tísní, se záchvaty kašle nebo s apnoí po záchvatech. Někdy je třeba dlouhodobější kyslíková terapie.

Mykoplazmové pneumonie

Původcem je *Mycoplasma pneumoniae* (Eatonovo agens). Způsobuje cyklické epidemie (každé 4 roky) u starších dětí a mladších dospělých. U kojenců do 6 měsíců se neobjevuje, protože mají imunoglobuliny od matky. Říká se jí *primární atypická pneumonie* – pro diskrepanci mezi chudým klinickým nálezem a velkým nálezem na RTG. Inkubační doba dlouhá (2–3 týdny), vznik obtíží je pozvolný.

Klinický obraz

Horečka (nad 39° C), kašel, bolesti hlavy, nevolnost, kašel je první suchý, pak produkce sputa. Mohou být bolesti v krku, otitida. Poslech – chrůpky, vrzoty, oslabené nebo trubicové dýchání. Nemoc probíhá mírně a říká se jí též „walking pneumonia“ (pacient u ní chodí).

Diagnóza

Leukocyty a diferenciál jsou obvykle v normě. Diagnózu podpoří titr chladových hemaglutininů (více než 1:64), stejně jako čtyřnásobný vzestup titru Ig proti mykoplasmě. RTG plic – intersticiální zastínění metlicovitého charakteru nebo bronchopneumonické infiltráty, výpotky jsou vzácné.

Komplikace

Postižení CNS, krve, kůže, srdce nebo kloubů (autoimunitní hemolytická anémie, trombocytopenie, syndrom Guillain-Barré, vyrážky, ...).

Terapie

Doxycyklin (dospělí a starší děti) nebo klaritromycin (u dětí), léčba trvá obvykle 5 dní, délka terapie se upravuje dle klinického stavu.

Prognóza

Když nejsou komplikace je výborná, někdy ustoupí i spontánně.

Pneumocystové pneumonie

Pneumocystis carinii je infekce řazená mezi houby (poprvé popsána plzeňským patologem Vaňkem, v r. 1954). Často se vyskytovala v poválečných letech u nedostatečně živých kojenců, v kojeneckých ústavech a u dětí s nízkou porodní hmotností.

Zánět intersticia s velkým **rozšířením interalveolárních sept** (v nich jsou plazmatické bb. a lymfocyty). V alveolech jsou pěnivé eozinofilní bílkovinné hmoty, které obsahují cysty. Nákaza se přenáší kapénkami, je možné ji získat i od hlodavců.

Predispoziční faktory: nedonošenost, malnutrice, chemoterapie, malignity, dlouhodobá léčba kortikosteroidy, imunosuprese, anémie, hemofilie, nefróza, ...

Klinický obraz

Začátek je pozvolný, s nespecifickými projevy (neklid, nechutenství), nebývá rýma, kašel ani teplota, objevuje se tachypnoe a cyanóza kolem úst. Během 1–2 týdnů se objevuje těžká dyspnoe, tachypnoe (80–120/min) a cyanóza. Na plicích jsou slyšet chrůpky. RTG plic – bilaterální intersticiální pruhovité stíny vycházející z rozšířených hilů, hyperinflace plic.

Diagnóza

Definitivní diagnóza průkazem pneumocystis v plicní tkáni nebo v tekutině dých. cest (bronchoskopie, BAL, biopsie), příp. otevřená plicní biopsie či perkutánní punkce plic.

Terapie

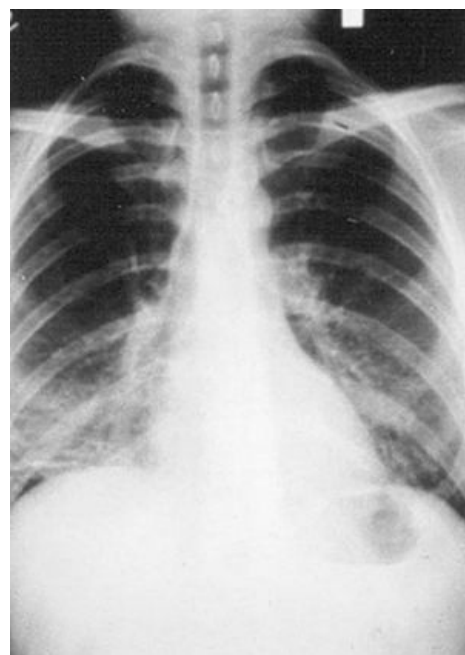
Nejdůležitější lék – pentamidin (4 mg/kg/den) i. v. nebo i. m. po dobu 10–14 dní (vyléčíme 60–90 % pacientů). Má řadu NÚ – poruchy fce ledvin, jater, anémie, trombocytopenie, neutropenie, hypotenze, hypoglykémie, místní reakce. Další důležitý lék – kotrimoxazol – má méně NÚ a je stejně účinný.

Prognóza

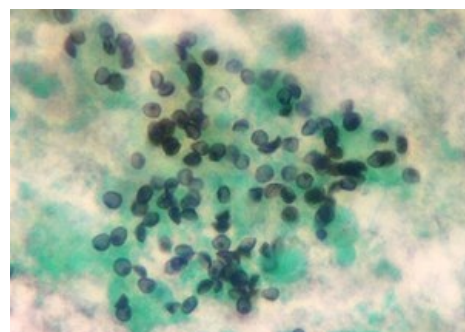
Nemoc trvá 4–6 týdnů, a pokud není léčena, je smrtnost 25–50 %. Při správné léčbě přežívá 50–95 % pacientů.

Prevence

Pacienty je třeba izolovat od pacientů s poruchou imunity, u ohrožených pacientů provádíme profylaxi kotrimoxazolem.



Rtg pneumocystové pneumonie



Pneumocystis carinii v nálezu z BAL

Srovnávací tabulka pro typickou a atypickou pneumonii

PARAMETR	TYPICKÁ PNEUMONIE	ATYPICKÁ PNEUMONIE
Základní charakteristika	výrazný fyzikální nález	chudý fyzikální nález
Agens	(extracelulární) <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Haemophilus parainfluenzae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Escherichia coli</i> a <i>Pseudomonas aeruginosa</i>	(intra/paracelulární) <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydophila pneumoniae</i> , <i>Chlamydophila psittaci</i> , <i>Legionella pneumophila</i> , <i>Coxiella burnetii</i> , viry – RSV, influenzy, <i>Pneumocystis carinii</i>
Nástup	náhlý	po infekci HDC, pomalý
Mimoplicní příznaky	nevýrazné	časté – bolest hlavy a svalů, zvracení, průjem
Horečka	septická febrilie	subfebrilie
Třesavka	ano	vzácně
Kašel	produktivní	suchý, dráždivý
Srdeční frekvence	možná tachykardie	norma
Pacient vypadá	nemocný	'v pohodě'
Fyzikálně	kreplus, trubicové dýchání, chrůpky	ojedinělé chrůpky
RTG	segmentální/lobární zastření (postižení alveolů)	intesticiální retikulonodulace (postižení intersticia)
Sedimentace	vysoká	mírně zvýšená
Zánětlivé parametry	vysoké	mírně zvýšené
Krevní obraz	leukocytóza	lymfocytóza
Terapie	peniciliny	makrolidy

Odkazy

Související články

- Pneumonie • Pneumonie (pediatrie) • Pneumonie u kojenců • Pneumonie u větších dětí
- Bakteriální pneumonie • Abscedující pneumonie • Aspirační pneumonie
- RDG vyšetření u zánětů dolních cest dýchacích • Klinické hodnocení závažnosti pneumonie

Zdroj

- BENEŠ, Jiří. *Studijní materiály* [online]. [cit. 2010]. <<http://jirben.wz.cz>>.

Reference

- ČEŠKA, Richard, et al. *Interna*. 1. vydání. Praha : Triton, 2010. 855 s. s. 474-475. ISBN 978-80-7387-423-0.