

Pneumocystóza

Pneumocystóza je **infekční onemocnění plic** způsobené mikroorganizmem ***Pneumocystis jiroveci (carinii)***. Tento mikroorganismus býval řazen k prvokům, dnes je však zařazovaný mezi **houby**. Známé jsou 2 morfologicky odlišná stádia, trofozoity a cysty, které se vyskytují v plicích.

Patogeneze

Pneumocystis carinii se běžně nachází v okolním prostředí, **jak v plicích lidí a zvířat**. U zdravé lidské populace se však pneumocystóza *v klinické formě nevyskytuje*, protože mikroorganismy jsou pohlčeny a zlikvidovány plicními makrofágy. Pokud je ale fagocytóza defektní, mikroorganismy zůstávají v plicích, proliferyjí a nakonec zaplní alveoly. Nenapadají alveolární stěny a nevyvolávají zánět, takže mnohdy pneumocystóza může být smrtelná. Pneumocystóza **postihuje dvě rozdílné skupiny pacientů**. První skupina zahrnuje **novorozence a děti trpící podvýživou s nedostatečně vyvinutým imunitním systémem**, druhá **dospělé s imunodeficientními stavy** (dlouhodobé podávání imunosupresivních preparátů, transplantace orgánů, podávání steroidů a cytostatik, leukémie, rakovina). Pneumocystóza se v současnosti považuje za nejčastější infekci pacientů se syndromem získané imunitní nedostatečnosti (AIDS).

Symptomatika

Pneumocystóza se projevuje **dušností, neproduktivním dráždivým kašlem** a často také **horečkou**. Dalšími možnými komplikacemi jsou pneumothorax, pneumomediastinum (mediastinální emfyzém) a v případě chronické pneumocystózy také plicní fibróza. Choroba **může progredovat až do respiračního selhání** a smrti.

Byly popsány také případy diseminované pneumocystózy postihující oči, játra, slezinu.

Histopatologie

Mikroskopicky jsou alveoly vyplněné pěnovitou eozinofilní hmotou, která obsahuje alveolární makrofágy a cysty a trofozoity *P. carinii*. Kromě toho může obsahovat také hyalinní membrány a pneumocyty 2. typu. U novorozenců jsou alveolární septa hrubé z důvodu přítomnosti lymfoidních buněk a histiocytů. Hmota vyplňující alveoly může být po obnovení fagocytárních funkcí odstraněna, v opačném případě může její přítomnost vést k difúzní intersticiální plicní fibróze.

Diagnostika

Definitivní diagnóza pneumocystózy vyžaduje identifikaci mikroorganismu. Biologický materiál (bronchopulmonální sekret) na vyšetření přítomnosti původců se získává z bronchoalveolární laváže (**BAL**) anebo **transbronchiální biopsie**. *P. carinii* je dobře viditelná v řezech při **barvení podle Gomori-Grocotta** (methenamin silver strain), které obarví stěny cyst na černo. Používají se také další metody jako Giemsovo barvení, které zvýrazní jádra trofozoitů a intracystických tělísek, anebo barvení podle Gridleyho či Gram-Weigertovo barvení.

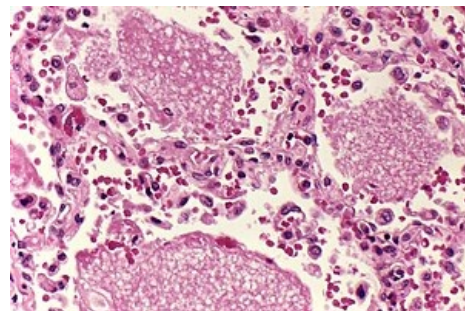
Léčba

V terapii jsou účinné **trimethoprim-sulfamethoxazol** a **pentamidin**. Tyto látky se využívají při léčbě ale také jako profylaxe.

Odkazy

Související články

- Defekty buněčné imunity



Histopatologický obraz plic infikovaných *Pneumocystis carinii* u pacienta s AIDS.



Rentgenový snímek plic pacienta s pneumonií způsobenou *pneumocystis carinii*.

Externí odkazy

- Pneumocystosis – Medscape (<https://emedicine.medscape.com/article/225976-overview>)

Zdroj

- RUBIN, Edited by Emanuel a John L. Farber; with 40 contributors; illustrations by Dimitri KARETNIKOV. *Pathology*. 2. vydání. Philadelphia : Lippincott, 1988. ISBN 0397506988.