

## INFEKTOLOŠKE KOMPLIKACIJE U BOLESNIKA S ANTISINTETAZNIM SINDROMOM – PRIKAZ SLUČAJA

### INFECTIOUS COMPLICATIONS IN A PATIENT WITH ANTISYNTHETASE SYNDROME – A CASE REPORT

Josip Tečer<sup>1</sup>, Antica Mihaliček<sup>1</sup>, Sara Tomašinec<sup>1</sup>, Joško Mitrović<sup>1,2,3</sup>, Majda Golob<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Zavod za kliničku imunologiju, alergologiju i reumatologiju, Klinika za unutarnje bolesti Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

<sup>3</sup>Farmaceutsko-biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

**Uvod.** Antisintetazni sindrom (ASS) autoimuna je bolest koja se najčešće očituje intersticijskom bolešću pluća, miozitisom i artritisom uz pozitivna autoprotutijela na aminoacil tRNAsintetazu, najčešće anti Jo-1 protutijelo. Temelj liječenja čine imunosupresivi koji među ostalim rizicima nose i rizik teških infekcija.

**Prikaz slučaja.** Prikazujemo bolesnika kojemu je 2018. godine, u dobi od 32 godine, postavljena dijagnoza ASS – u kliničkoj slici dominirao je miozitis uz nespecifičnu intersticijsku pneumoniju te pozitivna anti Jo-1 i Ro-52 protutijela. Inicijalno je liječen i.v. ciklofosfamidom koji je izostavljen zbog nepodnošenja (kumulativna doza 5,5g) i glukokortikoidima (GK), a u terapiji održavanja azatioprinom. Zbog egzacerbacije bolesti, dominantno pogoršanja miozitisa, 2021. godine započeto je liječenje rituksimabom (RTX) u dozi 2x1 gram/14 dana uz dodatak mikofenolat-mofetila (MMF) i i.v. imunoglobulina u imunomodulacijskoj dozi. Četiri dana nakon početka drugog ciklusa RTX-a bolesnik je hospitaliziran zbog vrućice i febriliteta, iz hemokulture izolirana je Salmonella grupe B te je uspješno liječen ciprofloksacinom. Iz terapije je privremeno izostavljen MMF i RTX, a nastavljeno je liječenje visokim dozama GK-a. Dva mjeseca kasnije bolesnik je ponovno hospitaliziran, sada zbog dispneje, hemoptize i vrućice. HRCT-om pluća opisana je zona suspektnog alveolarnog krvarenja uz znakove krvarenja u bronhoalveolarnom lavatu (BAL-u) te je provedeno liječenje pulsним dozama GK-a. Budući da je u BAL-u pristigao pozitivan PCR nalaz na Pneumocystis jirovecii, započeto je liječenje i.v. kotrimoksazolom, koji je zatim zbog jetrene lezije zamijenjen kombinacijom primakvina i klindamicina, a tijekom hospitalizacije bolesnik razvija i herpes zoster. Nakon otpusta liječenje je nastavljeno glukokortikoidima, supstitucijskim i.v. imunoglobulinima zbog sekundarne hipogamaglobulinemije te profilaktičkom dozom kotrimoksazola. U terapiju je zatim ponovo uveden MMF (do 3 grama dnevno) uz postupno snižavanje doza GK-a. Recentno je bolesniku pri citološkoj analizi urina otkriven citopatski učinak JC virusa koji je dokazan i PCR-om u urinu, za sada bez potrebe za specifičnim liječenjem budući da se virus ne replicira u krvi.

**Zaključak.** Antisintetazni sindrom predstavlja terapijski izazov zbog nužne imunosupresivne terapije, često i višelinijske, što sa sobom nosi značajne rizike mogućih infektoloških komplikacija.

**Ključne riječi:** antisintetazni sindrom, infekcije, imunosupresivna terapija

**E-pošta glavnog autora:** j.tecer@gmail.com

**Izjava o sukobu interesa:** nema sukoba interesa