

06. – 08. OŽUJKA 2026.



INTERNO: STUDENTSKI KONGRES INTERNE MEDICINE

vol. 1, god. 2026.

KNJIGA SAŽETAKA



MEDRI KBCRI
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA

**SVUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET**

**INTERNO:
STUDENTSKI KONGRES INTERNE MEDICINE**

KNJIGA SAŽETAKA

vol. 1, god. 2026.

Rijeka, 06. – 08. ožujka 2026.

IMPRESSUM

ORGANIZATOR

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, FOSS-MEDRI

UREDNICI

Lea Cofek, Mia Kontuš, Mara Paravić, Petra Štiberc

GRAFIČKO OBLIKOVANJE

Petra Štiberc

LEKTORI

Lea Cofek, Mara Paravić, Petra Štiberc

ZNANSTVENI ODBOR

Izv. prof. dr. sc. Nina Pereza. dr. med.

Frano Marinelli, dr. med.

Lea Cofek

Mia Kontuš

Mara Paravić

ORGANIZACIJSKI ODBOR

Izvršni odbor: Lea Cofek, Marta Pešut

Financije: Marta Pešut

Sponzori: Rajna Međimurec, Vita Pervan, Teodora Pilat, Franka Radas

Mediji i dizajn: Petra Štiberc

Koordinacija polaznika: Tina Cijuk, Paula Stepanić

Koordinacija predavača: Ivona Žuža

Odbor za protokol i logistiku: Iris Juršetić

Zabavni program: Ida Solomun

Volonteri: Tea Drndelić, Adriana Klobučarić, Paulina Kušan, Lori Lovrenčić, Sonja Palija, Patrik Rudan, Matea Starešinić, Mia Marija Šalov, Marija Ševo, Maja Tomljenović

SADRŽAJ

Predgovor.....	6
Program.....	7
Predavanja.....	10
Radionice.....	14
Usmene prezentacije.....	19
E-posteri.....	27
Partneri i donatori.....	120

PREGDOVOR

Interno – Studentski kongres Interne medicine je znanstveno-stručni skup koji je ove godine održan po prvi put, u razdoblju od 6. do 8. ožujka 2026. godine. Ovogodišnje izdanje kongresa temeljilo se na integraciji svih grana interne medicine, kao i na njezinu povezivanju s ostalim područjima medicine.

Kongres je organiziran u okviru projekata Fakultetskog odbora studenata Medicinskog fakulteta, u suradnji sa Studentskim zborom Medicinskog fakulteta te Studentskom sekcijom časopisa Medicina Fluminensis, a proveli su ga studenti Studentske sekcije za internu medicinu.

Glavni cilj kongresa bio je prikazati složenost, važnost i suvremenost interne medicine kroz radionice i predavanja koja su održali liječnici Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. Ovakvim pristupom sudionicima je omogućen razvoj manualnih i intelektualnih vještina, kao i poticanje međusobne suradnje i razmjene znanja među studentima i mladim liječnicima.

Poseban naglasak stavljen je na kvalitetu sažetaka, koji su se istaknuli po svojoj originalnosti, jasnoći izričaja, razumijevanju teme i poznavanju stručne materije. Kroz ukupno 97 usmenih izlaganja i e-postera sudionici su imali priliku steći nova znanja i proširiti svoja dosadašnja iskustva.

Održavanje ovoga kongresa ne bi bilo moguće bez podrške naših partnera i donatora, kojima ovim putem izražavamo iskrenu zahvalnost.

Osobitu zahvalnost upućujemo predavačima na njihovom vremenu, trudu i nesebičnom dijeljenju znanja. Posebno zahvaljujemo mentoru sekcije, Franu Marinelliju, dr. med., na kontinuiranoj podršci, vodstvu i predanosti, čime je značajno pridonio realizaciji ovoga projekta. Nadamo se daljnjoj suradnji i potpori!

Vaš Interno tim

PROGRAM

6. 3. 2026. – PETAK

15:00 - 16:30

Registracije

16:30 - 17:00

Dobrodošlica

17:00 - 17:20

1. predavanje – STEMI

17:20 - 17:40

2. predavanje – Astma vs KOPB

17:40 - 18:00

3. predavanje – Dijabetička ketoacidoza

19:30

Glazbeni Kviz – King's Caffe Smash Station

22:00

FOSS party

7. 3. 2026. – SUBOTA

9:00 - 9:45

Doručak

9.45 - 10.05

4. predavanje – Krvarenja u gastroenterologiji

10.05 – 10.25

5. predavanje – Akutne leukemije

10:25 – 10:45

6. predavanje – Kardioresnalna raskrižja: terapijske dileme između srca i bubrega

10:45 - 11:15

Pauza za kavu

11:15 - 13:15

Znanstvena sesija + radionice

13:15 - 14:30

Ručak

14:30 - 16:30

Znanstvena sesija + radionice

8. 3. 2026. – NEDJELJA

9:00 - 10:00

Doručak

10:00 - 11.45

Znanstvena sesija + radionice

11:45 - 12:15

Pauza za kavu

12:15 - 13:15

Znanstvena sesija

13:15 - 14:30

Ručak

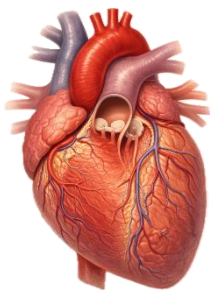
14:30 - 16:30

Znanstvena sesija + radionice

16:30 - 17:00

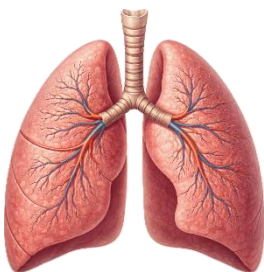
Zatvaranje kongresa i dodjela nagrada

PREDAVANJA



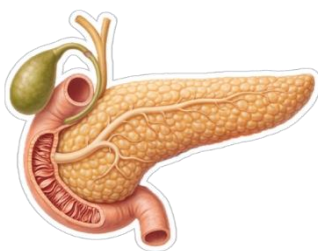
STEMI (Josip Aničić, dr. med.)

Predavanje će se usmjeriti na suvremeni pristup bolesniku sa STEMI-jem, s naglaskom na brzo prepoznavanje simptoma i EKG promjena koje zahtijevaju hitnu intervenciju. Obradit će se važnost vremenskog faktora te organizacija zbrinjavanja od prehospitalne skrbi do intervencijskog centra. Poseban naglasak stavit će se na indikacije i logistiku primarne perkutane koronarne intervencije (PCI), kao i na optimalnu primjenu antitrombocitne i antikoagulantne terapije. Također će biti riječi o mogućim komplikacijama STEMI-ja te sekundarnoj prevenciji i dugoročnom praćenju bolesnika.



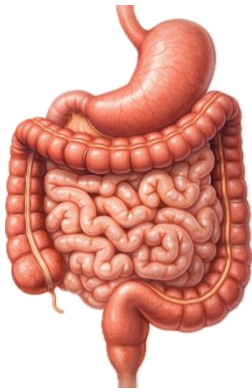
Astma vs KOPB (Milena Šestić Krenta, dr. med.)

Ovo predavanje pružit će detaljan pregled sličnosti i razlika između astme i kronične opstruktivne plućne bolesti (KOPB), dviju čestih, ali često klinički preklapajućih bolesti dišnog sustava. Bit će obrađene razlike u patofiziologiji, etiologiji i tijeku bolesti, uz poseban naglasak na dijagnostičke metode poput spirometrije i bronhodilatacijskog testa. Predavanje će istaknuti ključne elemente diferencijalne dijagnoze te važnost prepoznavanja simptoma i znakova. Također će se raspraviti suvremeni terapijski pristupi, uključujući inhalacijsku terapiju i personalizirano liječenje ovisno o fenotipu bolesnika.



DIJABETIČKA KETOACIDOZA (Nina Poropat, dr. med.)

Predavanje će obuhvatiti dijabetičku ketoacidozu (DKA) kao akutnu, potencijalno životno ugrožavajuću komplikaciju šećerne bolesti. Bit će detaljno prikazana patofiziologija nastanka DKA, uključujući ulogu inzulinskog deficita i povećane proizvodnje ketonskih tijela. Naglasak će biti na ranoj prepoznatljivosti kliničkih simptoma i laboratorijskih nalaza, kao i na diferencijalnoj dijagnozi. Obradit će se standardni protokoli liječenja koji uključuju nadoknadu tekućine, primjenu inzulina i korekciju elektrolitskog disbalansa, uz praćenje mogućih komplikacija poput cerebralnog edema. Predavanje će također istaknuti važnost edukacije bolesnika i preventivnih mjera kako bi se smanjila učestalost ponavljanja DKA.



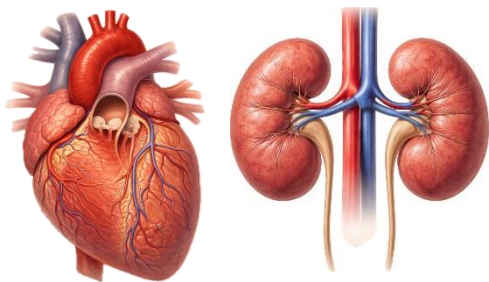
KRVARENJA U GASTROENTEROLOGIJI **(doc. dr. sc. Vanja Licul, dr. med.)**

Predavanjem predstavljamo pregled hitnih stanja u gastroenterologiji (akutnih i kroničnih krvarenja iz probavnog sustava) te njihovu dijagnostiku i liječenje. Raspravit će se diferencijacija gastrointestinalnog krvarenja iz gornjeg i donjeg GIT-a, procjena hemodinamske stabilnosti bolesnika te primjenu suvremenih endoskopskih, farmakoloških i intervencijskih metoda liječenja. Naglasak je na praktičnim algoritmima postupanja u hitnim situacijama, uključujući primjenu transfuzije, antikoagulantnu terapiju i prevenciju ponovnog krvarenja. Predavanje uključuje i prikaz slučaja te pregled najčešćih uzroka poput ulkusne bolesti želuca te varikoziteta.



AKUTNE LEUKEMIJE (izv. prof. dr. sc. Zinaida Perić, dr. med.)

Predavanje obuhvaća pregled akutnih leukemija kao hitnih hematoloških stanja s naglaskom na ranu dijagnostiku, klasifikaciju i stratifikaciju rizika. Prikazuje ključne kliničke simptome, laboratorijske nalaze te uloga citogenetike i molekularne dijagnostike u određivanju terapije. Poseban fokus stavlja se na suvremene terapijske opcije, uključujući ciljanu terapiju, imunoterapiju, transplantaciju hematopoetskih matičnih stanica. Posebna pažnja posvetit će se CAR-T terapiji kao jednom od najnovijih i najperspektivnijih oblika liječenja, s prikazom indikacija, učinkovitosti i mogućih nuspojava. Također će se raspraviti izazovi u liječenju starijih bolesnika i upravljanje komplikacijama.



KARDIORENALNA RASKRIŽJA: TERAPIJSKE DILEME IZMEĐU SRCA I BUBREGA (Davorka Lulić, dr. med.; doc. dr. sc. Božidar Vujičić, dr. med.)

Predavanje se bavi složenom međusobnom interakcijom kardioloških i nefroloških bolesti. U fokus su stavljeni klinički izazovi u liječenju bolesnika s multiplim komorbiditetima, osobito u kontekstu farmakoterapije i međudjelovanja lijekova, uz jasno definiranje indikacija i ograničenja njihove primjene. Detaljno se analiziraju terapijske dileme vezane uz primjenu diuretika, ACE inhibitora, ARB-ova te SGLT2 inhibitora, s naglaskom na optimizaciju terapije uz istodobno očuvanje funkcije oba organska sustava. Posebna pažnja posvećena je individualiziranom pristupu bolesniku, uzimajući u obzir komorbiditete, kao i važnosti multidisciplinarne suradnje u cilju postizanja optimalnih terapijskih ishoda.

RADIONICE

BRZI TEČAJ BRONHOSKOPIJE (Helena Smokrović, dr. med.)

Radionica „Brzi tečaj bronhoskopije“ usmjerena je na upoznavanje sudionika s osnovama bronhoskopije i tehnike bronhoskopiranja kao važne dijagnostičke i terapijske metode u pulmologiji. Sudionici će biti upoznati s najčešćim indikacijama za bronhoskopiju, načinom pripreme pacijenta te osnovnim principima sigurnog izvođenja zahvata. Poseban naglasak stavlja se na prepoznavanje anatomskih struktura dišnog sustava, kao i na ulogu bronhoskopije u dijagnostici različitih plućnih bolesti. Kroz praktični dio radionice sudionici mogu uvježbati osnovne vještine rukovanja bronhoskopom te izvođenje otežane intubacije pomoću bronhoskopa.

UTZ ABDOMENA (Alojzije Lacković, dr. med.)

Radionica ultrazvuka abdomena usmjerena je na upoznavanje sudionika s osnovama ultrazvučne dijagnostike u internističkoj praksi. Kroz teorijski i praktični dio radionice obrađuju se osnovni principi ultrazvučnog pregleda, pravilno pozicioniranje sonde te sistematičan pristup pregledu abdominalnih organa. Sudionici uče prepoznati normalnu anatomiju jetre, žučnog mjehura, gušterače, slezene, bubrega i velikih krvnih žila, kao i najčešće patološke nalaze koji se mogu otkriti ultrazvukom. Poseban naglasak stavlja se na praktičan rad, tijekom kojeg sudionici imaju priliku samostalno koristiti ultrazvučni uređaj uz nadzor mentora i uvježbati osnovne tehnike pregleda na modelu.

OD SLIKE DO DIJAGNOZE (dr. sc. Tin Nadarević, dr. med.; Helena Smokrović, dr. med.)

Radionica „Od slike do dijagnoze“ predstavljena je kao radionica suradnje između radiologa i pulmologa, s ciljem boljeg razumijevanja i interpretacije radioloških nalaza u svakodnevnoj kliničkoj praksi internista. Kroz niz kliničkih slučajeva sudionici će analizirati različite radiološke prikaze, uključujući rendgenske snimke, CT i MR. Sudionici imaju priliku povezati radiološke nalaze s kliničkom slikom i laboratorijskim nalazima te kako dalje postupati s tim pacijentima. Poseban naglasak stavlja se na razvoj kliničkog razmišljanja i prepoznavanja ključnih radioloških znakova koji upućuju na određene dijagnoze. Interaktivni pristup omogućuje sudionicima aktivno sudjelovanje u raspravi i donošenju

dijagnostičkih zaključaka, potičajući multidisciplinarnu suradnju internista i radiologa.

INTERNISTIČKA POLITRAUMA (Frano Marinelli, dr. med.; Dora Palčevski, dr. med.; Jure Šeremet, dr. med.)

Radionica „Internistička politrauma“ organizirana je kroz interaktivne prikaze kliničkih slučajeva pacijenata s više istodobnih dijagnoza i kompleksnim kliničkim stanjima. Sudionici kroz analizu stvarnih slučajeva prolaze proces kliničkog prosuđivanja, od početne procjene pacijenta do postavljanja diferencijalne dijagnoze i planiranja daljnjeg dijagnostičkog i terapijskog postupka. Omogućuje se prepoznavanje prioriteta u zbrinjavanju bolesnika, koordinacija različitih dijagnostičkih postupaka te integracija informacija iz anamneze, fizikalnog pregleda, laboratorijskih i slikovnih nalaza. Ovakav pristup omogućuje razvijanje kliničkog razmišljanja i bolju pripremu za rad s kompleksnim internističkim bolesnicima u svakodnevnoj praksi.

PRIMARNA OBRADA RANE (Mario Milotić, dr. med.; Luciana Milotić, dr. med.)

Radionica primarne obrade rane usmjerena je na stjecanje osnovnih praktičnih vještina potrebnih za pravilno zbrinjavanje rana. Sudionicima se predstavljaju osnovni principi procjene rane, uključujući procjenu dubine, kontaminacije i mogućih komplikacija. Obrađuju se metode debridmana, izbor odgovarajućeg materijala za šivanje te indikacije za različite tehnike zatvaranja rane. U praktičnom dijelu radionice sudionici imaju priliku uvježbati osnovne kirurške čvorove i tehnike šivanja na animalnim modelima, uz stručno vodstvo mentora. Radionica naglašava važnost pravilne i pravovremene obrade rane kako bi se smanjio rizik od infekcije, osiguralo optimalno cijeljenje i postigao što bolji funkcionalni i estetski ishod.

DEHIDRACIJE I ELEKTROLITSKI DISBALANS – DJECA VS. ODRASLI (izv. prof. dr. sc. Kristina Lah Tomulić, dr. med.; Nika Brajenić, dr. med.; Marinka Otočan, dr. med.; Ivanka Jurica, dr. med.)

Radionica će se baviti ključnim razlikama u patofiziologiji, kliničkoj prezentaciji i liječenju dehidracije i elektrolitskih poremećaja kod djece i odraslih. Sudionici će naučiti prepoznati rane i uznapredovale znakove dehidracije, kao i interpretirati osnovne laboratorijske nalaze. Poseban naglasak bit će stavljen na terapijske sličnosti i razlike između pedijatrijske i adultne populacije. Kroz praktične primjere obradit će se najčešće kliničke situacije i moguće komplikacije.

SVE ŠTO STUDENTI TREBAJU ZNATI O ZNANOSTI U 120 MINUTA (izv. prof. dr. sc. Nina Pereza, dr. med.)

Ova radionica pruža sažet i praktičan pregled osnovnih principa pisanja sažetaka, prilagođen studentima koji žele započeti ili unaprijediti svoje vještine akademskog pisanja u medicini. Sudionici će se upoznati s procesom oblikovanja različitih sažetaka, pronalaženju mogućih grešaka i rješenja za unaprjeđenje svojih radova. Teme izrade sažetaka, postera i prezentacije osnažit će studente za aktivno sudjelovanje u znanstvenoj zajednici.

ULTRAZVUK ŠTITNJACE (izv. prof. dr. sc. Tatjana Bogović Crnčić, dr. med.)

Radionica je usmjerena na stjecanje osnovnih znanja i praktičnih vještina u izvođenju i interpretaciji ultrazvuka štitnjače. Sudionici će se upoznati s anatomijom i normalnim ultrazvučnim prikazom štitnjače, kao i najčešćim patološkim promjenama. Poseban naglasak bit će na prepoznavanju čvorova, procjeni njihovih karakteristika i indikacijama za daljnju obradu. Kroz praktični rad sudionici će imati priliku razviti vještine rukovanja sondom i osnovne ultrazvučne tehnike.

ULTRAZVUK SRCA (dr. sc. Marko Šustić, dr. med.)

Ova radionica pruža uvod u osnove ehokardiografije s naglaskom na praktičnu primjenu u kliničkom radu. Sudionici će naučiti osnovne projekcije, procjenu srčanih šupljina i funkcije, kao i prepoznavanje najčešćih patoloških nalaza. Bit će obrađeni osnovni principi hemodinamike i interpretacije nalaza u hitnim i svakodnevnim kliničkim situacijama. Kroz praktične vježbe polaznici će steći sigurnost u osnovnom izvođenju ultrazvučnog pregleda srca, ali i velikih krvnih žila i pleure.

NAPREDNI EKG (Matko Spicijarić, dr. med.)

Radionica je namijenjena sudionicima koji žele produbiti svoje znanje u interpretaciji elektrokardiograma. Kroz strukturirani pristup analizirat će se kompleksniji EKG obrasci, uključujući različite aritmije, poremećaje provođenja i znakove ishemije. Poseban naglasak bit će na kliničkoj primjeni i donošenju odluka temeljenih na EKG nalazu. Korištenjem stvarnih kliničkih primjera sudionici će unaprijediti svoje dijagnostičke vještine i sigurnost u svakodnevnom radu.

USMENE PREZENTACIJE

PROTRAHIRANA DIJAREJA KAO DIFERENCIJALNO DIJAGNOSTIČKI IZAZOV INTERNISTA – PRVA I JEDINA MANIFESTACIJA HIV INFEKCIJE; PRIKAZ SLUČAJA

Donna Karan¹; Zlatko Trobonjača^{1,2}; Vanja Licul^{1,3}

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za fiziologiju, imunologiju i patofiziologiju, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

3 – Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu, Zavod za gastroenterologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Donna Karan, dkaran@uniri.hr

Uvod: Infekcija HIV-om (virusom humane imunodeficijencije) obično se dijagnosticira u sklopu tipičnih kombinacija simptoma, no dugotrajna dijareja vrlo je rijetko prva i izolirana manifestacija. Cilj je ilustrirati važnost pravovremene sumnje na HIV, naglašavajući izazove i složenost internističke procjene.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 60 godina hospitaliziran je zbog jednomjesečne protrahirane dijareje (5–7 stolica dnevno bez patoloških primjesa), izraženog nenamjernog mršavljenja i opće slabosti. Pri prijemu je bio afebrilan, hemodinamski stabilan i osrednjeg općeg stanja s mekanim i bezbolnim abdomenom. Laboratorijski su utvrđene teška hipokalemija, metabolička alkaloza i akutno bubrežno oštećenje. Radiografski i ultrazvučno uočeni su poremećaji crijevnog motiliteta, distendirane i zadebljale stijenke tankog i debelog crijeva uz blagu splenomegaliju, što je upućivalo na upalni proces. Pacijent je u inozemstvu primio empirijsku terapiju metronidazolom koja nije dovela do kliničkog poboljšanja. Iz anamneze je utvrđeno stanje po luesu i hepatitisu A i B. Nakon stabilizacije planirana je daljnja gastroenterološka obrada, no tijekom pripreme za kolonoskopiju došlo je do kliničkog pogoršanja s izrazito teškom hipokalemijom (1,6 mmol/L) i naglim razvojem limfopenije. Proširena mikrobiološka obrada stolice bila je negativna, no multiplex PCR panelom detektirana je *Cryptosporidium* DNA, uz izolaciju *Saccharomyces spp.* Nalaz oportunističkih patogena potaknuo je sumnju na sekundarnu imunodeficijenciju te je učinjeno HIV testiranje, koje je bilo snažno reaktivno i naknadno potvrđeno OraQuick testom. Tek tada pacijent navodi istospolno partnerstvo. Premješten je na infektološki odjel s konačnom dijagnozom HIV-bolesti u poodmakloj fazi s posljedičnom nespecificiranom parazitaranom bolešću. Paralelno je nastavljena agresivna nadoknada elektrolita i suportivno liječenje. Pri otpustu pacijent je bio afebrilan, hemodinamski stabilan, no izrazito kahektičan te je žurno upućen u referentni centar radi daljnje obrade i započinjanja antiretrovirusne terapije.

Zaključak: Iako izolirani i nespecifični gastrointestinalni simptomi predstavljaju izazov internističke diferencijalne dijagnostike, ne smije se zanemariti mogućnost HIV-infekcije, koja rijetko može imati upravo takvu prezentaciju. U cilju optimizacije dijagnostike preporučuje se revizija algoritama i snižavanje praga za testiranje na oportunističke patogene kod protrahirane dijareje, budući da HIV uz pravodobno liječenje postaje dobro kontrolirana kronična bolest.

Ključne riječi: Hipokalemija; Humani virus imunodeficijencije; Internistička dijagnostika; Kriptosporidioza; Protrahirana dijareja

SREĆA ILI ZNANJE: ULOGA KLINIČKOG PREGLEDA U OTKRIVANJU ADRENALNE INSUFICIJENCIJE; PRIKAZ SLUČAJA

Ida Lovrenčić¹; dr. sc. Ivona Butorac Ahel, dr. med. (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinika za pedijatriju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Ida Lovrenčić, idalovrencic@gmail.com

Uvod: Adrenalna je insuficijencija rijetko, životno ugrožavajuće i često neprepoznato stanje hipofunkcije kore nadbubrežne žlijezde. Prema etiologiji, dijeli se na primarnu i sekundarnu adrenalnu insuficijenciju. Primarna adrenalna insuficijencija (Addisonova bolest) najčešće je autoimune etiologije te se može javiti izolirano ili u sklopu autoimunih poliglandularnih sindroma.

Prikaz slučaja: Petnaestogodišnji dječak upućen je u pedijatrijsku endokrinološku ambulantu radi uvećane štitnjače zamijećene na sistematskom pregledu. Ranije učinjenim ultrazvučnim pregledom štitnjače utvrđena je difuzno inhomogena, hipoehogena struktura parenhima u skladu s dijagnozom Hashimotovog tireoiditisa, uz uredne vrijednosti hormona štitnjače. Analizom antropometrijskih mjera uočen je postupni zastoj rasta, pri čemu je pacijent od četvrte godine života regredirao s 50. na 5. percentilnu krivulju tjelesne visine i mase. Uvidom u medicinsku dokumentaciju, utvrđeno je da je pacijent 8 mjeseci ranije u sklopu akutnog gastroenteritisa blažeg kliničkog tijeka imao povišenu ureju (11 mmol/L) i snižen natrij (128 mmol/L). Od majke se saznaje da je dječak u posljednjih godinu dana izrazito taman. Fizikalnim pregledom uočena je generalizirana hiperpigmentacija kože, kao i izražene hiperpigmentacije usnica i gingive. Zbog sumnje na adrenalnu insuficijenciju učinjen je niskodozažni ACTH (Synacthen) test, pri kojem nije zabilježen adekvatan porast serumskog kortizola (bazalni kortizol 227 nmol/L, maksimalna vrijednost kortizola u testu 204 nmol/L, ACTH >400 pmol/L), što je govorilo u prilog Addisonove bolesti, najvjerojatnije autoimune etiologije. Uvedena je nadomjesna terapija hidrokortizonom i fludrokortizonom po čemu dolazi do povlačenja hiperpigmentacija tijekom nekoliko mjeseci. S obzirom na ranije dijagnosticirani Hashimotov tireoiditis i novootkrivenu Addisonovu bolest, zaključeno je da se radi o autoimunom poliglandularnom sindromu tipa 2 (APS-2, Schmidtov sindrom).

Zaključak: Prikazani slučaj naglašava važnost detaljnog kliničkog pregleda i pažljive interpretacije nespecifičnih simptoma u adolescenata. Pravovremena dijagnostika i liječenje adrenalne insuficijencije ključni su za prevenciju adrenalne krize te omogućuju rano otkrivanje rijetkih, ali klinički značajnih sindroma, poput Schmidtovog sindroma.

Ključne riječi: Adrenalna insuficijencija; Adolescent; Addisonova bolest; Autoimuni poliglandularni sindrom tip 2; Hashimotova bolest

TRANSPLANTACIJA BUBREGA U BOLESNIKA S NEUROGENIM MOKRAĆNIM MJEHUROM U SKLOPU GUILLAIN–BARRÉ SINDROMA - PRIKAZ SLUČAJA

Morena Sirotić¹; Ana Vučaj¹; Tiyya Selimović¹; Božidar Vujičić^{1,2}

1 - Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Katedra za internu medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Morena Sirotić, morena.sirotic7@gmail.com

Uvod: Neurogeni mokraćni mjehur predstavlja značajan rizični čimbenik za razvoj kronične bubrežne bolesti (KBB) zbog kronične retencije urina, vezikoureteralnog refluksa i ponavljanih urinarnih infekcija. Dugotrajan tijek takvih komplikacija može dovesti do progresivnog oštećenja bubrežne funkcije i razvoja terminalnog bubrežnog zatajenja s potrebom za nadomjesnim bubrežnim liječenjem i transplantacijom bubrega. Prikazan je složen klinički tijek mladog bolesnika kod kojeg su neurološke posljedice Guillain–Barré sindroma dovele do teškog multisistemskog oštećenja s dominantnim nefrološkim komplikacijama.

Prikaz slučaja: Bolesnik, rođen 1996. godine, u ranom je djetinjstvu prebolio Guillain–Barré sindrom, nakon čega je zaostalo trajno neurološko oštećenje u vidu paraplegije. Razvio je neurogeni mokraćni mjehur s kroničnom retencijom urina i vezikoureteralnim refluksom, što je tijekom godina rezultiralo ponavljanim kompliciranim urinarnim infekcijama. Zbog dugotrajnih uroloških komplikacija postupno se razvila KBB koja je napredovala do terminalnog bubrežnog zatajenja. Bolesnik je više godina liječen redovitom hemodijalizom, uz razvoj tipičnih komplikacija vezanih za KBB, uključujući bubrežnu anemiju i poremećaj mineralno-koštanog metabolizma u KBB. Dana 24. studenoga 2022. učinjena je kadaverična transplantacija desnog bubrega u lijevu ilijačnu jamu. U ranom postoperacijskom tijeku zabilježena je odgođena funkcija presatka uz privremeni nastavak hemodijalize. Nakon stabilizacije uvedena je standardna imunosupresivna terapija. Posttransplantacijsko razdoblje bilo je obilježeno čestim i teškim infektivnim komplikacijama, uključujući seapse, bakterijemije, komplicirane urinarnе infekcije te epizode citomegalovirusne viremije uz pogoršanja funkcije presatka.

Dodatno su zabilježene vaskularne i hematološke komplikacije te kirurški i kožni problemi povezani s dugotrajnom nepokretnošću i imunosupresijom.

Zaključak: Ovaj prikaz naglašava složen i dugotrajan tijek kronične bubrežne bolesti u bolesnika s neurogenim mokraćnim mjehurom te izazove transplantacije bubrega u kontekstu teškog neurološkog invaliditeta. Cilj prikaza je istaknuti važnost pravodobnog prepoznavanja uroloških i nefroloških komplikacija, potrebu za kontinuiranim multidisciplinarnim pristupom te individualiziranim dugoročnim praćenjem ovakvih bolesnika.

Ključne riječi: Guillain–Barre sindrom; Renalna dijaliza; Neurogeni mokraćni mjehur; Transplantacija bubrega; Zatajenje bubrega, kronično

AKUTNA MIJELOIČNA LEUKEMIJA KOMPLICIRANA FEBRILNOM NEUTROPENIJOM: HITNO STANJE S MULTIORGANSKIM POSLJEDICAMA; PRIKAZ SLUČAJA

Nina Vranić¹; Zinaida Perić (Mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za hematologiju, Klinika za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Nina Vranić, nvranic@uniri.hr

Uvod: Akutna mijeloična leukemija (AML) najagresivnija je maligna hematološka bolest obilježena klonalnom proliferacijom nezrelih krvotvornih stanica, a izlječenje se može postići intenzivnom kemoterapijom i transplantacijom krvotvornih matičnih stanica. Ove su metode liječenja praćene brojnim, potencijalno smrtonosnim komplikacijama.

Prikaz slučaja: Kod 54-godišnjeg je bolesnika obradom opće slabosti utvrđena teška anemija, trombocitopenija te izrazita leukocitoza ($328 \times 10^9/L$) s predominacijom blasta ($285 \times 10^9/L$) uslijed čega je hospitaliziran na Zavodu za hematologiju te je hitno učinjena dijagnostička obrada. Postavljena je dijagnoza AML, uz simptome hiperleukocitarnog sindroma s brojnim komplikacijama, poput duboke venske tromboze desne potkoljenice i subduralnih hematoma, stoga je isprva liječen hidroksiurejom i hiperhidracijom uz suportivnu terapiju, a nakon djelomičnog smanjenja broja leukocita započeta je intenzivna indukcijska kemoterapija. Postkemoterapijski pacijent razvija lizu tumora uz bubrežnu leziju i anasarku, te potom aplaziju koštane srži uz brojne infektivne komplikacije uključujući neutropenijski kolitis, pneumoniju te sepsu zbog čega se premješta u Jedinicu intenzivnog liječenja. Tamo se verificira infarkt pluća s nekrotizirajućom pneumonijom i respiracijskom insuficijencijom koja je zahtijevala mehaničku ventilaciju kroz 28 dana kao i kolecistitis, zbog čega je učinjena kolecistektomija. Postoperativno pacijent razvija septički šok s multiorganskim zatajenjem, zbog čega mu je pružena vazoaktivna potpora i kontinuirana venovenska hemodijaliza, dok je progresija nekrotizirajuće pneumonije dovela do lijevostrane lobektomije. Tijekom intenzivnog liječenja, u mikrobiološkim nadzornim kulturama izolirane su višestruke multirezistentne bakterije, prema kojima je prilagođavana antibiotska terapija, no febrilitet perzistira sve do postizanja remisije i oporavka neutrofila. Nakon inicijalne 98-dnevne hospitalizacije, verificirane su septičke posljedice febrilne neutropenije, iako su hemokulture bile trajno sterilne, uključujući empijem pleure, perispleničku kolekciju i spondilodiscitis, koji su u nastavku morali biti kirurški zbrinuti, a istovremeno je remisija bolesti održavana s terapijom smanjenog intenziteta. Zbog svega navedenog, i protrahanog kliničkog oporavka, transplantacija koštane srži je morala biti odgođena, no naposljetku je ipak učinjena nakon gotovo 18 mjeseci od početka liječenja.

Zaključak: Liječenje akutne mijeloične leukemije s hiperleukocitarnim sindromom predstavlja izniman klinički izazov te je ključan multidisciplinarni pristup za optimalan ishod bolesnika.

Ključne riječi: Akutna mijeloična leukemija; Febrilna neutropenija; Leukostaza; Septički šok; Višestruka otpornost na lijekove, bakterijska

BAROREFLEKSNA AKTIVACIJSKA TERAPIJA U LIJEČENJU ZATAJIVANJA SRCA SMANJENE SISTOLIČKE FUNKCIJE LIJEVE KLIJETKE; PREGLEDNI RAD

Paulina Kušan¹; Mirjam Lovaković¹; Rea Krmpotić¹; Ana Petretić (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Paulina Kušan, pkusan@uniri.hr

Uvod: Zatajivanje srca s reduciranom sistoličkom funkcijom lijeve klijetke ("heart failure with reduced ejection fraction" -HFrEF) predstavlja veliki javnozdravstveni problem današnjice. Usprkos brojnim terapijskim opcijama dio bolesnika ostaje simptomatičan uz smanjenu kvalitetu života i česte hospitalizacije. Bolesnicima koji su medikamentozno optimalizirani do granica mogućnosti, a nisu kandidati za resinkronizacijsku terapiju, niti za mehaničku cirkulacijsku potporu i/ili transplantacijsko liječenje potreban je pronalazak novih nefarmakoloških metoda liječenja usmjerenih na poboljšanje simptoma i funkcionalnog statusa.

Razrada: Barorefleksna aktivacijska terapija (BAT) predstavlja novi oblik neuromodulacijskog liječenja bolesnika s HFrEF, prvenstveno onih New York Heart Association (NYHA) funkcijskog statusa II i III. Radi se o električnoj stimulaciji baroreceptora koja se provodi putem elektrode implantirane na vanjskoj stijenci karotidnog sinusa. Navedeno uzrokuje smanjenje simpatičkog i povećanje parasimpatičkog djelovanja, što posljedično dovodi do sniženja perifernog vaskularnog otpora i srčane frekvencije, uz istodobno smanjenje potrebe miokarda za kisikom. U svrhu izrade ovog preglednog rada, provedeno je pretraživanje baza podataka PubMed, Scopus i Google Scholar s naglaskom na kliničke studije i meta-analize objavljene u posljednjih 12 godina koje su ispitivale učinak BAT-a pri liječenju HFrEF bolesnika skupine NYHA II-III. U randomiziranim kontrolnim studijama HOPE4HF i BeAT-HF kao i u meta-analizama individualnih baza podataka bolesnika, primjena BAT-a uz standardnu medikamentoznu terapiju za HFrEF pokazala je značajno poboljšanje funkcionalnog statusa u usporedbi sa bolesnicima kontrolne skupine, liječenim isključivo medikamentozno. U bolesnika liječenih BAT-om zabilježeno je smanjenje NYHA razreda, oporavak sistoličke funkcije lijevog ventrikula za 2-10%, povećanje udaljenosti 6-minutnog testa hoda (≈ 55 m) te smanjenje rezultata Minnesota Living with Heart Failure upitnika. Također je uočeno smanjenje serumskih vrijednosti NT-proBNP-a. Iako dosadašnje studije nisu dokazale značajan statistički učinak na mortalitet, terapija BAT-om je bila povezana sa smanjenjem simptoma, poboljšanjem kvalitete života, smanjenjem broja hospitalizacija i duljine bolničkog liječenja.

Zaključak: Farmakološka terapija i dalje ostaje standard liječenja HFrEF, no kod nekih bolesnika ona doseže svoje granice učinkovitosti. BAT se ističe kao sigurna i učinkovita dodatna terapijska opcija s potencijalom da u budućnosti postane dio standardnog liječenja zatajivanja srca, posebice kod simptomatskih bolesnika i bolesnika sa multiplim komorbiditetima.

Ključne riječi: Autonomni živčani sustav; Barorefleks; Zatajivanje srca

OD SUMNJE NA RUPTURU MIŠIĆA DO DIJAGNOZE TEŠKE AORTNE INSUFICIJENCIJE: PRIKAZ SLUČAJA

Duje Mikuličić¹; Mia Marija Šalov¹; Tanja Mikuličić²; Kristijan Mužić²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Republika Hrvatska

2 – Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Mia Marija Šalov, msalov@uniri.hr

Uvod: Duboka venska tromboza (DVT) u mlađih osoba bez jasnih predisponirajućih čimbenika predstavlja dijagnostički izazov i zahtijeva proširenu etiološku obradu radi otkrivanja mogućih sekundarnih uzroka. Iako se najčešće povezuje s poremećajima hemostaze, malignim bolestima ili produljenom imobilizacijom, rijetko može biti prvi znak kardiovaskularne patologije. Ovim slučajem naglašava se važnost razmatranja kardiovaskularne etiologije u sklopu diferencijalne dijagnoze DVT-a u mlađih bolesnika te potreba za cjelovitim, multidisciplinarnim pristupom u dijagnostici i liječenju.

Prikaz slučaja: Četrdesetčetverogodišnji muškarac javio se obiteljskom liječniku zbog jake bolnosti lijeve potkoljenice nastale tijekom fizičkog napora. Klinički se sumnjalo na rupturu mišića, zbog čega je bolesnik upućen na ultrazvučni pregled mekih tkiva lijeve potkoljenice. Ultrazvučnom obradom isključena je mišićna ozljeda, dok je istodobno verificirana DVT donje trećine peronealne vene. Započeto je antikoagulantno liječenje niskomolekularnim heparinom te je provedena daljnja etiološka obrada. Zbog neprovocirane pojave duboke venske tromboze u mlađoj životnoj dobi, uz izostanak podataka o produljenoj imobilizaciji, nedavnim kirurškim zahvatima, traumi, malignim bolestima i prethodnim tromboembolijskim incidentima te bez laboratorijskih znakova upalne aktivnosti, provedena je proširena dijagnostička obrada, uključujući kardiološku evaluaciju. Transtorakalna ehokardiografija pokazala je nativnu bikuspidnu aortnu valvulu sa značajnom aortnom regurgitacijom, uz izraženu dilataciju lijeve klijetke i očuvanu sistoličku funkciju. Zbog težine aortne regurgitacije, strukturne bolesti aortnog zaliska i dobi bolesnika, indicirano je kirurško liječenje. Učinjena je ekscizija nativne bikuspidne aortne valvule i implantacija mehaničke aortne valvule. Rani postoperativni tijek komplicira se razvojem perikardijalnog i pleuralnog izljeva uz febrilitet i povišene upalne parametre. Unatoč postavljenom perikardiocenteznom drenu, zbog rezidualnog perikardijalnog izljeva indicirano je daljnje kirurško liječenje u vidu prednje anterolateralne torakotomije s evakuacijom izljeva, fenestracijom perikarda i lijevostranom torakalnom drenažom. Nakon zahvata postignuta je klinička i laboratorijska stabilizacija bolesnika.

Zaključak: Ovaj slučaj prikazuje kako naizgled bezazlena klinička prezentacija može prikrivati ozbiljnu, životno ugrožavajuću bolest. Pojava DVT-a u mladog bolesnika bez jasnih predisponirajućih čimbenika treba pokrenuti detaljnu dijagnostičku obradu. Sustavna dijagnostička obrada omogućila je prepoznavanje teške aortne regurgitacije i pravodobno kirurško liječenje, uz adekvatno zbrinjavanje postoperativnih komplikacija.

Ključne riječi: Bolest aortnog zaliska; Bolest bikuspidalne aortne valvule; Insuficijencija aortne valvule; Venska tromboza

RAZVOJ ODONTOGENE SEPSA S JETRENIM APSCESIMA TIJEKOM LIJEČENJA AKUTNOG DIVERTIKULITISA; PRIKAZ SLUČAJA

Josip Škerlj¹; Ana Milković¹; Ana Šerman¹; Stjepan Skok (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Republika Hrvatska

2 – Zavod za gastroenterologiju, hepatologiju i kliničku prehranu, Klinika za unutarnje bolesti, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Josip Škerlj, josipskerlj@gmail.com

Uvod: Odontoгена sepsa je izrazito rijetko i po život opasno stanje koje se javlja kao posljedica neliječene infekcije zuba i/ili desni. Svega 5% svih primarnih sjela sepse čini odontogeno područje. Sepsa može dovesti do formiranja apscesa po cijelom organizmu, osobito u jetri i mozgu. Ovdje prikazujemo rijedak slučaj razvoja odontogene sepse s multiplim jetrenim apscesima tijekom liječenja akutnog divertikulitisa dvojnog antibiotskom terapijom.

Prikaz slučaja: 42-godišnji muškarac javlja se na hitni prijem zbog oštre i grčevite boli u donjem lijevom abdominalnom kvadrantu u trajanju od 10 dana uz febrilitet do 38,7°C posljednja 4 dana. Tegobe su identične ranijoj epizodi akutnog divertikulitisa sigmoidnog kolona prije 5 mjeseci. Status uredan izuzev bolnosti na palpaciju gore navedenog kvadranta. Učinjena je kompjutorizirana tomografija (CT) abdomena koja je potvrdila dijagnozu akutnog divertikulitisa sigmoidnog kolona. Pacijent je hospitaliziran te je uvedena dvojna antibiotska terapija ciprofloksacinom i metronidazolom. Po terapiji pacijent postaje afebrilan te dolazi do pada upalnih parametara sve do četvrtog dana hospitalizacije kada se stanje pacijenta naglo pogorša uz visoki febrilitet (do 40,3°C) praćen zimicom i tresavicom. Hitni CT abdomena pokaže regresiju divertikulitisa, ali i pojavu multiplih jetrenih apscesa uz povišenje upalnih parametara i jetrenih proba. Iz hemokulture se izolira *Streptococcus intermedius* nakon čega je u terapiju dodan ampicilin po nalazu antibiograma. Isključe se infektivni endokarditis i apscesi mozga. U narednim danima pacijent je subfebrilan, uz pojavu otekline i boli u području gornjeg desnog očnjaka koji je nakon pregleda ekstrahiran zbog izražene upale. Nakon ekstrakcije zuba pacijent postaje afebrilan te dobrog općeg stanja. Kontrolnim pretragama potvrđena je regresija apscesa, potpuno smirivanje upalnih parametara te negativne hemokulture, stoga je pacijent otpušten uz nastavak oralne antibiotske terapije.

Zaključak: Prikazani slučaj pokazuje da se, unatoč uspješnom antibiotskom liječenju divertikulitisa, može paralelno razviti sepsa, što upućuje na istodobno postojanje dvaju nepovezanih infektivnih žarišta od kojih je jedno usna šupljina, često zanemarena od strane liječnika i pacijenta, kojoj je nužno dati veću kliničku pozornost.

Ključne riječi: Apsces jetre; Divertikulitis; Sepsa; Zub

E-POSTERI

EKSTRANODALNI LIMFOM MARGINALNE ZONE SA ZAHVAĆANJEM MEDIJASTINUMA, SRCA I POTKOŽJA; PRIKAZ SLUČAJA

Lucija Ćorković¹; Iris Hrelja¹; Neven Franjić^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za hematologiju Klinike za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Lucija Ćorković, lcorkovic@student.uniri.hr

Uvod: Ekstranodalni limfom marginalne zone (EMZL) je indolentni B-stanični ne-Hodgkinov limfom (B-NHL) koji se najčešće javlja u sluznicama, dok je zahvaćanje medijastinuma i srca rijetko te može klinički imitirati kardiološku ili infektivnu patologiju. Zbog nespecifičnih simptoma (kožne promjene, laboratorijske anomalije, respiratorne tegobe) dijagnostički put može biti dugotrajan, a pravovremeno postavljanje dijagnoze presudno je za ishod.

Prikaz slučaja: Prikazujemo 66-godišnju bolesnicu s arterijskom hipertenzijom, kroničnom bubrežnom bolesti G3b, hipokomplementemijom i pozitivnim antifosfolipidnim protutijelima bez tromboze, uz dugogodišnje recidivirajuće eritematozne kožne efluorescencije. Od 2021. bilježi se splenomegalija, limfopenija te biklonalna gamopatija (dominantno IgM κ uz IgG κ) uz povremene citopenije i alteracije jetrenih enzima. U prosincu 2023. javlja se zbog febriliteta, produktivnog kašlja i teške anemije (hemoglobin, Hb 80 g/L), uz povišene kardiomarkere (troponin T, TnT 39 ng/L) i N-terminalni pro-B natriuretski peptid (NT-proBNP 2691 ng/L). Rendgenska snimka prsnog koša i kompjutorizirana tomografija prikazuju opsežnu infiltrativnu masu prednjeg/srednjeg medijastinuma, kardiomegaliju i splenomegaliju, a ultrazvuk srca infiltraciju miokarda uz očuvanu ejekcijsku frakciju te sadržaj u perikardijalnom prostoru. Biopsijom medijastinalne mase i tvorbe natkoljenice potvrđen je indolentni B-NHL, imunofenotipa CD20+ i CD79a+, bez mutacije MYD88, u skladu s EMZL. Nakon hematološkog konzilija započeta je terapija rituksimabom, potom imunokemoterapija prema protokolu R-CHOP (rituksimab, ciklofosamid, doksorubicin, vinkristin i prednizon), uz naknadno liječenje održavanja rituksimabom. Reevaluacije su pokazale značajnu regresiju medijastinalne infiltracije i smanjenje slezene, uz rezidualnu minimalnu metaboličku aktivnost te stacionarne supkutane lezije. Citološka punkcija jedne lezije u listopadu 2025. bila je suspektna na infiltrat osnovne bolesti.

Zaključak: Prikaz naglašava potrebu za multidisciplinarnim pristupom kod dugotrajnih nespecifičnih simptoma i laboratorijskih odstupanja. EMZL može zahvatiti atipične lokalizacije, uključujući srce, te unatoč indolentnom tijeku uzrokovati značajnu organsku disfunkciju. Pravovremena histološka verifikacija i odgovarajuće liječenje (anti-CD20 terapija $\pm$ imunokemoterapija) mogu rezultirati dobrim kliničkim i radiološkim odgovorom, uz potrebu za dugoročnim praćenjem mogućeg rezidualnog/relapsnog supkutanog zahvaćanja.

Ključne riječi: Ekstranodalni limfom marginalne zone; Medijastinum; Potkožno tkivo; Rituksimab; Srce

ADENOKARCINOM ILEUMA U SKLOPU NOVOOTKRIVENE FISTULIZIRAJUĆE CROHNOVE BOLESTI UZ SLUČAJNI NALAZ PRIMARNOG ADENOKARCINOMA PLUĆA; PRIKAZ SLUČAJA

Mateo Bartolović¹; Anton Turić¹; Marijo Mrzljak¹; Boris Brozović (Mentor)²

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicine, Zavod za gastroenterologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Mateo Bartolović, bartolovic92@gmail.com

Uvod: Cilj ovog prikaza jest istaknuti dijagnostičke izazove i važnost multidisciplinarnog pristupa u bolesnika s novootkrivenom Crohnovom bolešću i novonastalom opstrukcijom tankog crijeva, s naglaskom na pravodobno prepoznavanje maligniteta.

Prikaz slučaja: Šezdesetogodišnja pacijentica je u svibnju 2024. upućena u hitnu gastroenterološku ambulantu zbog bolova u trbuhu, povraćanja nakon obroka i proljevastih stolica, uz gubitak tjelesne mase od trideset kilograma unazad dvije godine. Prilikom prijema je bila hemodinamski stabilna, abdomen mekan i difuzno osjetljiv, bez znakova peritonealne iritacije. Kompjuteriziranom tomografijom abdomena/zdjelice iz ožujka 2024. opisane su upalne promjene terminalnog ileuma sa sumnjom na fistulizirajući oblik upalne bolesti, te je istom metodom na toraksu uočen čvor u gornjem režnju desnog pluća. Pacijentica je zatim upućena na pozitronsku emisijsku tomografiju (PET/CT) koja je pokazala pojačanu metaboličku aktivnost u području konglomerata crijevnih vijuga bez pouzdane diferencijacije upalne i neoplastične etiologije te blagu aktivnost plućne lezije. Radi potrebe točne diferencijacije učinjene su enterografija i kolonoskopija s biopsijom, koje su potvrdile dijagnozu fistulizirajuće Crohnove bolesti. Zbog razvoja mehaničke opstrukcije ileuma pacijentica je u srpnju hitno operirana te je učinjena ileocekalna resekcija, a patohistološki je verificiran adenokarcinom ileuma pT4a, uz promjene u skladu s Crohnovom bolešću. Multidisciplinarni tim je u rujnu donesao odluku o adjuvantnom liječenju adenokarcinoma ileuma kapecitabinom, a u studenom je učinjena klinasta resekcija gornjeg desnog pluća (zbog ranije navedenog čvora), kada je potvrđen primarni adenokarcinom pluća pT1b pN0. Kontrolni PET/CT i enterografija tijekom 2025. nisu pokazali znakove recidiva maligniteta, uz perzistenciju aktivnih upalnih promjena ileuma. Nakon multidisciplinarnog tima i negativne infektološke obrade (Quantiferon, HBV DNA PCR) uveden je ustekinumab kao biološka terapija Crohnove bolesti, uz trenutno stabilno kliničko stanje i kontinuirano onkološko te gastroenterološko praćenje.

Zaključak: Adenokarcinom ileuma rijetka je, ali ozbiljna zloćudna bolest koja se može klinički preklapati s upalnom bolešću crijeva i time otežati pravodobnu dijagnozu. Istodobna pojava drugog primarnog maligniteta dodatno povećava složenost liječenja i zahtijeva strogo koordiniran multidisciplinarni pristup. Ovaj slučaj upućuje na potrebu razvoja pouzdanih dijagnostičkih algoritama koji bi omogućili ranije razlikovanje upalne aktivnosti Crohnove bolesti od malignih promjena tankog crijeva.

Ključne riječi: Adenokarcinom; Crijevna opstrukcija; Crohnova bolest; Novotvorine ileuma

AGRESIVNI B-NON-HODGKIN LIMFOM VISOKOG GRADUSA S KOŽNOM MANIFESTACIJOM; PRIKAZ SLUČAJA

Doris Barunčić¹; Anamarija Živković¹; Marija Magdalena Purgar¹; Ana Kotris (Mentor)²

1 – Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, Osijek, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Osijek, Zavod za hematologiju, Osijek, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Doris Barunčić, doris.baruncic@gmail.com

Uvod: Agresivni B-non-Hodgkinovi limfomi (B-NHL) visokog gradusa karakteriziraju se brzim rastom i širenjem na limfne čvorove i ektranodalne organe. Njihova atipična klinička prezentacija, uključujući rijetke ulcerirane kožne lezije, često otežava dijagnozu i zahtijeva sustavnu histološku, radiološku i laboratorijsku obradu.

Prikaz slučaja: Muškarac od 70 godina javlja se liječniku obiteljske medicine u veljači 2025. godine zbog pojave otekline u području desne aksile. U kliničkom statusu prisutna egzulcerirana tvorba u području desne aksile veličine 10x10 cm. Započeta obrada kod plastičnog kirurga te infektologa. Provedena antibiotska terapija uz mikrobiološke briseve rane i višekratne citološke punkcije. Histopatološki nalaz bioptata u travnju potvrdio je dijagnozu B-NHL-a visokog gradusa, imunofenotipa germinativnog centra (CD10+), uz proliferacijski indeks Ki-67 oko 90%. Radi procjene proširenosti bolesti učinjena pozitronska emisijska tomografija s računalnom tomografijom (PET-CT), kojom je utvrđen patološki metabolizam u cervikalnim, aksilarnim i retropektoralnim limfnim čvorovima obostrano te u retroperitonealnim limfnim čvorovima abdomena i zdjelice, što je odgovaralo malignoj limfoproliferativnoj bolesti. Utvrđeno i ektranodalno zahvaćanje jetre. Prije početka terapije učinjena biopsija koštane srži, bez infiltracije malignim stanicama. U svibnju je započeto liječenje kemoterapijskim protokolom rituksimab–doza-adaptirani etopozid, prednizon, vinkristin, ciklofosamid i doksorubicin (R-DA-EPOCH). Inicijalno terapiju primao putem periferno uvedenog centralnog katetera (PICC), no potom zbog razvoja tromboflebitisa PICC zamijenjen trajnim venskim port-kateterom u desnoj veni jugularis interna. Tijekom liječenja zabilježene su komplikacije uključujući: gastroenteritis, akutnu bubrežnu ozljedu, jetrenu leziju, febrilnu neutropeniju te anemiju, koje su uspješno zbrinute simptomatskom terapijom. Ulcerozna rana u aksili redovito je previjana uz lokalnu terapiju. Pacijent je primio ukupno šest ciklusa R-DA-EPOCH protokola uz postupno povećanje doze do 140%, potom nastavljena terapija kroz još dva ciklusa rituksimaba. Terapijom postignuta potpuna regresija i sanacija egzulcerirane tumorske mase desne aksile. Kontrolnim PET-CT-om nakon provedenog liječenja potvrđena remisija bolesti. Na mjestu velike tumorske mase ostatna metabolička aktivnost Deauvilleova stupnja IV te se planira provesti konsolidacijska radioterapija.

Zaključak: Slučaj ističe važnost rane histološke dijagnostike atipičnih ulceriranih lezija kod agresivnog B-NHL-a te pokazuje da intenzivna imunokemoterapija uz pažljivo zbrinjavanje komplikacija može postići remisiju bolesti i očuvanje funkcionalnog statusa pacijenta.

Ključne riječi: Difuzni limfom velikih B-limfocita; Imunoterapija; Pozitronska emisijska tomografija s računalnom tomografijom

PRVA PRIMJENA ENDOSKOPSKE ABLACIJE FUNDUSA ŽELUCA U LIJEČENJU PRETILOSTI U HRVATSKOJ; PRIKAZ SERIJE SLUČAJA

Leona Hrupek¹; Nina Poropat^{1,2}; Domagoj Mičetić^{1,3}; Goran Hauser^{1,3}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma Klinike za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

3 – Zavod za gastroenterologiju Klinike za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Leona Hrupek, lhrupek@student.uniri.hr

Uvod: Endoskopska ablacija fundusa želuca je inovativna minimalno invazivna metoda za liječenje pretilosti. Zahvat se temelji na ciljanoj ablaciji sluznice fundusa želuca, regije odgovorne za sintezu hormona grelina. Posljedično dolazi do pada cirkulirajuće koncentracije grelina, što rezultira smanjenjem osjećaja gladi te ranijim nastupom sitosti. Za razliku od klasičnih barijatrijskih zahvata, izvodi se bez kirurškog reza, omogućuje brži oporavak i smanjuje komplikacije. Cilj rada je prikazati slučaje bolesnica s pretilošću koje su elektivno hospitalizirane radi endoskopske ablacije fundusa želuca.

Prikaz slučaja: Prosječna dob iznosila je $54,3 \pm 4,1$ godina. Prethodno zahvatu prosječna tjelesna masa bila je $108,7 \pm 10,8$ kg, a ITM (indeks tjelesne mase) $40,0 \pm 1,44$ kg/m². Dvije bolesnice boluju od hipotireoze, jedna ima kroničnu bubrežnu bolest. Dvije bolesnice bile su liječene tirzepatidom, pri čemu je jedna nastavila terapiju u vrijeme zahvata, a jedna je bila na terapiji semaglutidom u dozi indiciranoj za liječenje šećerne bolesti. Sve su prethodno bile uključene u strukturirano konzervativno liječenje pretilosti, koje je obuhvaćalo edukaciju kroz dnevnu bolnicu za debljinu, bez postizanja značajnog gubitka tjelesne mase. Nakon evaluacije na multidisciplinarnom timu, bolesnicama je predložen zahvat endoskopske ablacije sluznice fundusa želuca pomoću argon plazma koagulacije, s čime su se sve pacijentice suglasile. Korišten je endoskop FujiFilm EG 760R, a zahvat učinjen koristeći Moviva sondu (Erbe, Tübingen), u općoj balansiranoj anesteziji. Zahvat je trajao prosječno 60 minuta s tendencijom smanjenja vremena sa svakim sljedećim slučajem, bez komplikacija. Jednokratno je primijenjena antibiotska profilaksa koamoksiklavom, a intraproceduralno analgezija kombiniranim pripravkom ibuprofena i paracetamola. Bolesnice su idućeg dana dobro podnosile tekuću ishranu te su otpuštene kući.

Zaključak: Endoskopska ablacija sluznice fundusa želuca predstavlja perspektivnu minimalno invazivnu terapijsku opciju u liječenju pretilosti, osobito kada konzervativne mjere i farmakološko liječenje ne dovedu do zadovoljavajućeg gubitka tjelesne mase ili su ograničene nuspojavama. Prikazani slučajevi potvrđuju izvedivost i sigurnost zahvata te njegov potencijal u postizanju klinički značajnog gubitka tjelesne mase. Prva primjena ove metode u Hrvatskoj otvara mogućnost njezina šireg uvođenja u kliničku praksu, uz potrebu za daljnjim praćenjem učinkovitosti i dugoročnih ishoda.

Ključne riječi: Endoskopija; Fundus želuca; Grelina; Pretilost

TEZEPELUMAB U LIJEČENJU TEŠKE NEKONTROLIRANE ASTME S PREKLAPANJEM FENOTIPOVA; PRIKAZ SLUČAJA

Anamarija Živković¹; Doris Barunčić¹; Petra Zemljak¹; Renata Božinović (Mentor)^{1,2}

1 – Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera, Medicinski fakultet, Osijek, Hrvatska

2 – KBC Osijek, Zavod za pulmologiju i intenzivno liječenje internističkih pacijenata, Osijek, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Anamarija Živković, anamarijazivkovic05@gmail.com

Uvod: Teška astma je heterogena bolest koja, unatoč optimalnoj inhalacijskoj terapiji, često ostaje slabo kontrolirana uz česte egzacerbacije i potrebu za primjenom sistemskih kortikosteroida. Većina dostupnih bioloških terapija usmjerena je na bolesnike s izraženom upalom tipa 2. Tezepelumab je monoklonsko protutijelo koje blokira timijski stromalni limfopoetin (TSLP), ključni citokin u ranoj fazi upalne reakcije, čime predstavlja terapijsku opciju za širi spektar bolesnika s teškom astmom. Prikazujemo slučaj bolesnice s dugogodišnjom teškom, nekontroliranom astmom i značajnim poboljšanjem nakon uvođenja tezepelumaba.

Prikaz slučaja: Bolesnica srednje životne dobi u praćenju je pulmologa od 2022. godine zbog teške, nekontrolirane astme. U anamnezi navodi atopiju, višestruke operacije nosne polipoze, alergijski rinitis te dugogodišnje pušenje. Unatoč maksimalnoj inhalacijskoj terapiji (visoke doze inhalacijskih kortikosteroida (ICS) u kombinaciji s dugodjelujućim β_2 -agonistima (LABA) i dugodjelujućim muskarinskim antagonistima (LAMA)) imala je učestale egzacerbacije, uz tri terapijska ciklusa sistemskih kortikosteroida tijekom godine dana te jednu hospitalizaciju zbog respiratorne insuficijencije i desnostrane pneumonije u listopadu 2023. godine. Spirometrijom je dokazana opstrukcija velikog stupnja, snižen forsirani ekspiratorni volumen u prvoj sekundi (FEV₁ 35%) uz negativan bronhodilatacijski test. Difuzijski kapacitet pluća za ugljikov monoksid (DLCO) bio je snižen (35%), a vrijednosti frakcijskog dušikovog oksida u izdahnutom zraku (FeNO) niske (5 ppb). Laboratorijski su zabilježeni povišeni eozinofili (511 stanica/ μ L) i povišeni ukupni Imunoglobulin E (762 IU/mL), što je upućivalo na preklapanje fenotipova teške astme. Visokorezolucijska kompjutorizirana tomografija (HRCT) toraksa pokazao je emfizematozne promjene i više nespecifičnih plućnih nodusa. Na multidisciplinarnom timu za tešku astmu indicirana je biološka terapija tezepelumabom zbog učestalih egzacerbacija unatoč optimalnoj standardnoj terapiji. U veljači 2024. godine započeta je primjena tezepelumaba u dozi od 210 mg svaka četiri tjedna. Pri reevaluaciji u kolovozu 2024. godine zabilježeno je kliničko poboljšanje uz značajan porast FEV₁ na 56%, stabilne vrijednosti FeNO-a, smanjenje broja eozinofila te izostanak novih egzacerbacija.

Zaključak: Prikazani slučaj potvrđuje učinkovitost i sigurnost tezepelumaba u liječenju astme, uključujući bolesnike s preklapajućim fenotipovima bolesti. Postignuto je značajno poboljšanje plućne funkcije i kontrole bolesti uz smanjenje egzacerbacija i potrebe za sistemskim kortikosteroidima.

Ključne riječi: Astma; Biološka terapija; Monoklonska protutijela; Tezepelumab

AKUTNI PANKREATITIS UZROKOVAN ORALNOM KONTRACEPCIJOM U MLADE PACIJENTICE

Lucija Pešo¹, Mia Lozić¹, Mateja Ostojić¹, Sandra Milić²

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za gastroenterologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Lucija Pešo, lucpeso19@gmail.com

Uvod: Akutni pankreatitis je upalni poremećaj gušterače povezan sa značajnim morbiditetom i mortalitetom. Patofiziološki mehanizam temelji se na aktivaciji gušteračnih enzima koji uzrokuju autodigestiju i oštećenje tkiva. Najčešći etiološki čimbenici su žučni kamenci i konzumacija alkohola i, no svako stanje koje ometa protok kroz ekskretorne kanale može potaknuti razvoj bolesti. Klinički se manifestira naglom, jakom boli u epigastriju sa širenjem prema leđima, a opći simptomi su tahikardija, tahipneja, znojenje i povišena tjelesna temperatura.

Prikaz slučaja: 21-godišnja pacijentica primljena je u Objedinjeni hitni bolnički prijem zbog bolova u području epigastrija koji su se širili prema lijevom hemiabdomenu. Neposredno pred nastup bolova jela je kekse. Slične tegobe do sada nije imala, ali je ranije, nakon određene hrane, imala žgaravicu. Negirala je mučninu i povraćanje te je navela da je uslijed bolova počela osjećati vrtoglavicu. Appetit joj je dobar, stolica i mokrenje uredni. Ne puši i ne konzumira alkohol. Od ranije boluje od psorijaze, psorijatičnog artritisa, gastroezofagealne refluksne bolesti te *hidradenitis suppurativa*. Na biološkoj je terapiji adalimumabom svaka dva tjedna dugi niz godina. Iz anamneze se doznaje da je pred dva mjeseca počela uzimati oralne kontraceptive. U laboratorijskim nalazima ustanovljena je povišena je alfa amilaza (1463 U/L) i lipaza (3860 U/L) u serumu te alfa amilaza u urinu (2340 U/L). Ovakav profil laboratorijskih nalaza ukazuje na akutni pankreatitis. Učinjen je i ultrazvuk abdomena na kojem je viđena edematozno promijenjena gušterača, ali žučni kamenci nisu viđeni u žučnom mjehuru niti u koledokusu. Obzirom na nejasan uzrok bolesti učinjena je magnetsko rezonancijska kolangiopankreatografija, ali je i njome isključena bilijarna etiologija i komplikacije pankreatitisa. Obzirom na isključenu bilijarnu i etiličnu, kao i hiperlipidemiju te bolest povezanu s IgG4, akutni pankreatitis interpretiran je kao lijekovima induciran, u sklopu primjene oralne kontracepcije. Pacijentica se, uz preporuke adekvatne dijeta te obustave oralne kontracepcije, u potpunosti oporavi.

Zaključak: Iako vrlo rijetko, akutni pankreatitis uzrokovan oralnom kontracepcijom treba razmotriti u diferencijalnoj dijagnozi, osobito u mladim pacijentica bez rizičnih čimbenika.

Ključne riječi: Akutni pankreatitis; Biološka terapija; Oralna kontracepcija

KOŽNE MANIFESTACIJE KAO PUT DIJAGNOZE DO LIMFOMA;

PRIKAZ SLUČAJA

Lucija Črnjević¹; Mislav Mokos²; Ivana Starčević²; Liborija Lugović Mihić (Mentor)^{2,3}

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Klinika za kožne i spolne bolesti, Zagreb, Hrvatska

3 – Sveučilište u Zagrebu, Stomatološki fakultet, Katedra za dermatovenerologiju, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Lucija Črnjević, lucija.crnjevic456@gmail.com

Uvod: Sézaryjev sindrom je rijedak i agresivan oblik kutanog T-staničnog limfoma, zloćudne bolesti limfocita. Karakteriziran je eritrodermijom, pruritusom i prisutnošću malignih Sézarijevih stanica u koži i krvi. U atipičnim ili ranim oblicima bolesti dominira kronični pruritus uz minimalne kožne promjene pa se bolest često pogrešno liječi kao ekcem, što odgađa pravovremenu dijagnozu.

Prikaz slučaja: Pacijent od 74 godine zaprimljen je na Kliniku za kožne i spolne bolesti zbog kroničnog generaliziranog pruritusa i perzistentne limfocitoze prisutnih od 2022. godine. Prethodno je bio u obradi dijabetologa i hematologa. Hematološkom obradom utvrđena je uredna hematopoeza bez znakova maligne infiltracije. Imunofenotipizacijom je dokazana dominantna T-limfocitna populacija bez B-stanične monoklonalnosti. Slikovna obrada i tumorski biljezi uredni, a nalaz je interpretiran kao reaktivna leukocitoza. Zbog sumnje dijabetologa na povezanost pruritusa s primjenom inhibitora dipeptidil-peptidaze 4 (DPP-4 inhibitor), uvedenog zbog novodijagnosticirane šećerne bolesti, terapija je privremeno obustavljena i zamijenjena inhibitorom natrij-glukoznog kotransportera 2. Kako povezanost pruritusa s terapijom nije potvrđena, DPP-4 inhibitor je ponovno uveden te je pacijent upućen dermatologu. Pri dermatološkom pregledu zabilježen je svrbež kože cijelog tijela i pečenje unatrag 2 godine, intenziteta 10/10. Inspekcijom su uočene lihenifikacija, ekzorijacije i raspršene papule. Daljnja obrada uključila je laboratorijske pretrage, slikovnu obradu i citološku analizu koštane srži s imunofenotipizacijom. Utvrđena je leukocitoza s apsolutnom limfocitozom i blagom mikrocitnom anemijom. Nije bilo klinički značajne limfadenopatije ni hepatosplenomegalije. Imunofenotipizacija je pokazala dominantnu zrelu T-staničnu populaciju s gubitkom CD7 i aberantnu subpopulaciju limfocita fenotipa zrele CD4+ T-stanične limfoproliferacije kompatibilne sa Sézaryjevim sindromom. Nije bilo eritrodermije ni palpabilne limfadenopatije. Simptomatsko dermatološko liječenje uključivalo je peroralne antihistaminike, intenzivnu primjenu emolijensa, kratke kure lokalnih kortikosteroida te lokalni takrolimus. Pruritus se uz suportivnu terapiju smanjio na povremene blage epizode (2/10).

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja naglašava dijagnostičke izazove u prepoznavanju atipičnog Sézaryjeva sindroma, bez klasične kliničke slike eritrodermije. Dugotrajan kronični pruritus uz perzistentnu limfocitozu zahtjeva multidisciplinarnu obradu. Pravodobna imunofenotipizacija ključna je za postavljanje dijagnoze i izbjegavanja kašnjenja u liječenju ove rijetke, ali agresivne bolesti.

Ključne riječi: Imunofenotipizacija; Kutani T- stanični limfom; Pruritus; Sézaryjev sindrom

KADA TROMBOLIZA NIJE DOVOLJNA: MEHANIČKA TROMBEKTOMIJA KOD PLUĆNE TROMBOEMBOLIJE VISOKOG RIZIKA; PRIKAZ SLUČAJA

Anja Janković¹; Natalija Frančin¹; Josip Aničić^{1,2}; Tomislav Jakljević^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za kardiologiju Klinike za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Anja Janković, anja.jankovic1709@gmail.com

Uvod: Plućna tromboembolija (PTE) klinički visokog rizika obilježena je hemodinamskom nestabilnošću i visokom smrtnošću, koja bez pravovremenog liječenja može prelaziti 25–30 %. Prva linija liječenja u ovih bolesnika jest sistemska trombolitička terapija ukoliko ne postoji kontraindikacija. Međutim, u dijela bolesnika unatoč trombolizi ne dolazi do hemodinamske stabilizacije, čime se otvara potreba za dodatnim terapijskim pristupima. U takvim situacijama kateter-bazirane metode, uključujući kateter-usmjerenu trombolizu i mehaničku trombektomiju, predstavljaju važne terapijske opcije.

Prikaz slučaja: Muškarac, rođen 1971. godine, zaprimljen je u Objedinjeni hitni bolnički prijem (OHBP) zbog kliničke slike prvog epileptičkog napadaja. U anamnezi se navodi šećerna bolest tipa 1 s kroničnim komplikacijama, uključujući potkoljenu amputaciju lijevo. Inicijalno je učinjena kompjutorizirana tomografija (CT) mozga, kojom je isključeno akutno intrakranijsko zbivanje. Neposredno nakon otpusta iz OHBP-a dolazi do naglog gubitka svijesti uz agonalno disanje. Bolesnik je orotrahealno intubiran i mehanički ventiliran, uz sinusnu tahikardiju oko 130/min i arterijsku hipotenziju (80/60 mmHg), zbog čega je uvedena vazopresorna potpora. Hitna multislojna kompjutorizirana tomografija (MSCT) plućna angiografija pokazala je masivnu plućnu tromboemboliju s obilnim trombotskim masama u području bifurkacije plućnog trunkusa s propagacijom u obje glavne plućne arterije. Tijekom dijagnostičke obrade dolazi do više epizoda kardiorespiratornog aresta u ritmu električne aktivnosti bez pulsa, uz povrat spontane cirkulacije. Orijentacijski ultrazvuk srca pokazao je znakove tlačnog opterećenja desne klijetke. S obzirom na to da bolesnik nije imao apsolutnu kontraindikaciju, primijenjena je sistemska trombolitička terapija nakon koje nije došlo do zadovoljavajućeg poboljšanja hemodinamskog i respiratornog statusa. Slučaj je prikazan na multidisciplinarnom konziliju te je učinjena mehanička trombektomija kojom je evakuirana velika količina trombotskih masa. Po zahvatu dolazi do postupne hemodinamske stabilizacije i uspješnog odvajanja od mehaničke ventilacije.

Zaključak: Prikazani slučaj naglašava važnost rane identifikacije PTE, osobito one klinički visokog rizika, pri čemu ehokardiografski znakovi akutnog tlačnog opterećenja desnog srca imaju važnu ulogu u procjeni težine bolesti. U bolesnika kod kojih trombolitička terapija ne dovodi do stabilizacije, mehanička trombektomija predstavlja učinkovitu terapijsku opciju. Multidisciplinarni pristup i dostupnost intervencijskih metoda mogu biti presudni za povoljan ishod u životno ugrožavajućim situacijama.

Ključne riječi: Desni ventrikul; Hemodinamika; Plućna embolija; Trombektomija

IJATROGENA OBOSTRANA AVASKULARNA NEKROZA GLAVE FEMURA U MLADOG MUŠKARCA SA SISTEMSKIM ERITEMATOZNIM LUPUSOM I IZAZOVIMA ADHERENCIJE; PRIKAZ SLUČAJA

Rea Korpar¹; Antonio Juričić¹, Stjepan Goronja¹; Srđan Novak (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Rea Korpar, korparrea@gmail.com

Uvod: Sistemske eritematozne lupus (SLE) kronična je autoimuna bolest obilježena upalom i imunološki posredovanim oštećenjem više organskih sustava (mukokutani, mišićno-koštani, hematološki, bubrežni). Procjenjuje se da SLE ima oko 3,4 milijuna ljudi u svijetu, a približno 90% bolesnika su žene. Hidroksiklorokin je standardna terapija, dok su kod umjereno teške i teške bolesti često potrebni dodatni imunosupresivi i/ili, u novije vrijeme, biološki lijekovi poput belimumaba i anifrolumaba. Kortikosteroidi učinkovito kontroliraju aktivnost bolesti no povezani su s ozbiljnim nuspojavama. Prikazujemo mladog muškarca sa SLE-om kompliciranim iatrogenom obostranom avaskularnom nekrozom (AVN) kukova te izazovima adherencije.

Prikaz slučaja: Muškarac rođen 2003. prezentirao se poliartritisom (blagi otoci zglobova uz izrazito jake bolove s gotovo potpunom nepokretnošću) i eritemom lica, uz pozitivna antinuklearna protutijela, visoka protutijela protiv dvolančane deoksiribonukleinske kiseline, pozitivan Coombs test i izraženu hipokomplementemiju. Također, utvrđen je lupusni nefritis klase IIa/C te je pacijent liječen prednizonom do 80 mg, uz postupno ukidanje, te hidroksiklorokinom uz kliničko poboljšanje. Zbog jakih bolova u natkoljenicama i leukopenije ponovno je uveden prednizon 10 mg, a zbog perzistencije simptoma učinjena je magnetna rezonanca oba kuka (2 mjeseca kasnije) koja je pokazala obostranu AVN glave femura. Indicirane su hitna hiperbarična oksigenoterapija (HBOT) i postepena potpuna redukcija kortikosteroida. Provedeno je 56 HBOT tretmana uz smanjenje bolova; zabilježen je i perikardijalni izljev te je uveden azatioprin. Na kontrolama uz pogoršanje kožnih manifestacija nalaze se citopenije, hipokomplementemija i povišen C-reaktivni protein, a pacijent navodi samoinicijativni prekid azatioprina zbog straha od štetnosti. Zbog perzistentne aktivnosti bolesti uveden je anifrolumab 300 mg intravenski koji se nastavlja svaka 4 tjedna uz premedikaciju loratadinom, uz kliničku stabilizaciju. Na posljednjoj kontroli saznajemo da pacijent već 6 mjeseci ne uzima niti propisani hidroksiklorokin te mu se objasni važnost uzimanja tog lijeka i preporučiti nastavak terapije.

Zaključak: Slučaj ističe rijetku pojavnost SLE-a u muškarca kompliciranu iatrogenom obostranom AVN glave femura povezanu s primjenom kortikosteroida i važnost uvođenja anifrolumaba radi potpune kontrole bolesti. Slučaj također podsjeća da je adherencija terapiji čest izazov kod kroničnih bolesti zbog čega je potrebna sustavna procjena adherencije.

Ključne riječi: Anifrolumab; Avaskularna nekroza; Hiperbarična oksigenacija; Muški spol; Sistemske eritematozne lupus

AKUTIZACIJA KRONIČNE BOLESTI JETRE_(*ACLF*) KAO POSLJEDICA KASNE AUTOIMUNE REAKCIJE U PACIJENTICE S VIŠEKратно TRANSPLANTIRANOM KOŠTANOM SRŽI ZBOG T- NON- HODGKIN LIMFOMA; PRIKAZ SLUČAJA

Lucija Vargović¹, Antonio Perišić¹, Petar Panjak¹, Sandra Milić^{1, 2}

1 - Medicinski fakultet u Rijeci, Sveučilište u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Zavod za gastroenterologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPODENTNI AUTOR: Lucija Vargović, vargoviclucija@gmail.com

Uvod: *ACLF* (engl. *acute on chronic liver failure*) je naglo pogoršanje jetrene funkcije u osoba koje već boluju od kronične bolesti jetre. Nastaje nakon reakcije na odgovarajući okidač, a karakterizira ga sistemni upalni odgovor i multiorgansko zatajenje. Klinička prezentacija može biti atipična s kasnim razvojem sistemskih znakova i brzim napredovanjem multiorganskih zatajenja. U skoro trećini slučajeva se ne pronađe pokretački čimbenik, ali visoka klinička sumnja imaju izravan utjecaj na terapijski ishod pacijenata.

Prikaz slučaja: 60-godišnja pacijentica primljena je zbog pogoršanja općeg stanja, somnolentnosti i žutice koja traje tri dana pred prijem. Pacijentica je pod redovitom nadzorom hematologa zbog stanja nakon alogenične transplantacije matičnih stanica zbog T-staničnog non-Hodgkin limfoma. Prije toga je bila podvrgnuta kemoterapiji i neuspješnoj autolognoj transplantaciji koštane srži. Nakon prijema isključen je povrat maligne bolesti, ali laboratorijskim i dijagnostičkim pretragama ustanovljena je kronična jetrena bolest uz znakove *ACLF-a*. Pacijentica je recentno cijepljena protiv dječjih bolesti i od rujna se prati jetrena lezija. Zbog pridružene anurije pacijentica je bila na nadomjesnoj bubrežnoj terapiji te je u dva navrata bila učinjena plazmaferaza kao potporna terapija jetrenog zatajenja. Stanje svijesti se postupno popravljalo. Zbog nejasne etiologije *ACLF-a* učinjena je biopsija jetre transjugularnim pristupom te serološki probir na autoimune, metaboličke i virusne bolesti jetre. Nalaz biopsije je potvrdio kolestatski tip oštećenja, ali otvorene etiologije, dok jedini nalaz koji je upućivao na uzrok je pozitivan nalaz na profil jetrenih antigena i na anti-LC-1 protutijelo. *ACLF* u odsutnosti infektivnog okidača uz potvrdu imunoloških nalaza kod pacijentice s prethodno kompromitiranom jetrom kemoterapijom i cjepivima potvrđuju kasnu autoimunu reakciju koja je uzrokovala *ACLF*.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja naglašava potrebu za visokom kliničkom sumnjom na atipične uzroke *ACLF-a*, pogotovo u bolesnika s transplantiranom koštanom srži kod kojih je jetra već tretirana kemoterapijom. Ovakvi slučajevi zahtijevaju individualizirani terapijski pristup te suradnju hepatologa, hematologa, nefrologa i patologa. Prikaz dodatno ističe ograničenja dostupnih dijagnostičkih alata u razjašnjavanju etiologije *ACLF-a* te potrebu za daljnjim istraživanjima kasnih imunoloških komplikacija transplantacijskog liječenja.

Glavne riječi: *ACLF*; Autoimunost; Transplantacija koštane srži

BOUVERETOV SINDROM; PRIKAZ SLUČAJA

Dinko Fabio¹, Luka Ćurić¹, Hana Karalić¹, Aleksandar Ćubranić^{1,2}

1 - Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu, Zavod za gastroenterologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Dinko Fabio; E-mail: dinko.fabrio17@gmail.com

Uvod: Bouveretov sindrom rijetka je gastroduodenalna opstrukcija uzrokovana zaglavljanim žučnim kamencem koja se češće javlja u starijih ljudi, pogotovo žena. Kod Bouveretovog sindroma žučni kamenac prolazi do dvanaesnika ili želuca kroz kolecistoduodenalnu fistulu, ali može i kroz kolecistogastričnu ili kolecistojejunalnu fistulu, koje su proizvod kroničnog upalnog procesa. Većina žučnih kamenaca prolazi spontano, no kamenci veći od 2.5 cm uglavnom izazivaju opstrukciju, najčešće u području dvanaesnika ili pilorusa.

Prikaz slučaja: Sedamdesetčetverogodišnji pacijent primljen je na hitni prijem zbog mučnine, povraćanja i četverodnevne opstipacije. Pregledom je utvrđen bezbolan abdomen uz odsutnu peristaltiku. U osobnoj anamnezi navodi se i esencijalna hipertenzija, a pacijent navodi i smanjeno mokrenje posljednja tri dana. Krvni nalaz pokazao je kako pacijent ima anemiju (eritrociti $3.87 \times 10^{12}/L$, hemoglobin 105 g/L, hematokrit 0.341 L/L), hiperglikemiju (14.8 mmol/L) te visoke vrijednosti bubrežnih testova (urea 30.3 mmol/L, kreatinin 735 μ mol/L). Zabilježena je elektrolitna neravnoteža uz hipovolemiju (K 3,5 mmol/L, Cl 91 mmol/L, Ca 1,59 mmol/L) te poremećen acido-bazni status (pH 7,43, HCO₃ 26,9 mmol/L). Pacijent je kao komplikaciju bolesti razvio akutno zatajenje bubrega i disanja. Ezofagogastroduodenoskopija (EGD) pokazala je prošireni želudac uz zaglavljene žučni kamen u pilorusu uzrokujući pilorostenozu. Pokušaji da se žučni kamen ukloni putem EGD nisu bili uspješni stoga je pacijent podvrgnut kirurškom liječenju – kolecistektomiji i resekciji želuca metodom Billroth 2. Nakon operacije, patohistološkom analizom utvrđeno je da je na pojedinim mjestima žučnog mjehura nedostajao epitel uz znakove upale te blage atipije ostalog dijela epitela. Tijekom boravka u bolnici došlo je do oporavka bubrežne i plućne funkcije te je pacijent otpušten nakon 2 tjedna.

Zaključak: Zbog nespecifičnih simptoma poput mučnine, povraćanja, boli, hematemeze i gubitka težine, sindrom je teško ispravno dijagnosticirati. Među boljim dijagnostičkim metodama je EGD koja može izravno prikazati opstruirajući žučni kamen. Endoskopsko uklanjanje žučnog kamenca ima stopu uspjeha od 10-30% te je svakako treba pokušati ukoliko je opće stanje bolesnika zadovoljavajuće, a kirurško liječenje treba primijeniti ovisno o stanju bolesnika i prisutnim bolestima.

Ključne riječi: Endoskopija; Ezofagogastroduodenoskopija; Kolelitijaza; Pilorostenoz

MALIGNI FEOKROMOCITOM; PRIKAZ SLUČAJA

Antonio Juričić¹, Rea Korpar¹, Paola Samsa^{1,2} (mentor), Dubravka Jurišić-Eržen^{1,2} (mentor)

1 - Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Republika Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Zavod za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma, Rijeka, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Antonio Juričić, antonio.tony.juricic@gmail.com

Uvod: Feokromocitom je rijedak neuroendokrini tumor podrijetlom iz kromafinih stanica srži nadbubrežne žlijezde koja luči katekolamine. Klinička slika je vrlo varijabilna, od asimptomatskih bolesnika do kliničke prezentacije u obliku hipertenzivne krize, srčane ili cerebrovaskularne bolesti. Feokromocitom je uzrok arterijske hipertenzije u oko 0,1% slučajeva. Većinom je riječ o sporadičnim slučajevima, ali može biti u sklopu nasljednih bolesti poput sindroma multiple endokrine neoplazije.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 42 godine zadnjih 20 godina koristila je dvojni antihipertenzivnu terapiju, a zbog oscilacija arterijskog tlaka u više navrata se javila na objedinjeni hitni bolnički prijem. U sklopu obrade učinjen je ultrazvuk abdomena na kojem je uočena tvorba u području desne nadbubrežne žlijezde, a na kompjuteriziranoj tomografiji (CT) abdomena verificira se masa desnog nadbubrega veličine 42x20x39mm koja je suspektna na feokromocitom. Pacijentica je hospitalizirana te je učinjena evaluacija hormonske aktivnosti tvorbe nadbubrega. Laboratorijski nalazi su pokazali povećanu razinu normetanefrina u 24-satnom urinu i povišene vrijednosti kromogramina A u krvi što ukazuje na feokromocitom. U pacijentice je odlučeno kirurški liječiti tumor te se operacijskom zahvatu pristupilo uz prethodnu medikamentoznu pripremu alfa adrenergičnim antagonistom fenoksibenzaminom. Početkom 2025. godine učinjena je laparoskopska desnostrana adrenalektomija, a patohistološkim nalazom je potvrđeno da se radilo o feokromocitomu koji prerasta kapsulu i širi se u tkivo kore nadbubrežne žlijezde, a prema vrijednostima PASS-a (engl. *Pheochromocytoma of the Adrenal Gland Scaled Score*) svrstan je u skupinu visoko rizičnih za maligno biološko ponašanje. Nakon operacije tlak se stabilizirao, a antihipertenzivna terapija je deeskalirana. U kontrolnim laboratorijskim nalazima uredne su vrijednosti normetanefrina u 24-satnom urinu, a kontrolni CT toraksa, abdomena i zdjelice nije pokazao znakove rezidue, eventualnog recidiva ili diseminacije bolesti. Pacijentica se nastavlja redovito pratiti u endokrinološkoj, onkološkoj i nefrološkoj ambulanti.

Zaključak: Prikazani slučaj ističe važnost razmišljanja o sekundarnim uzrocima arterijske hipertenzije, osobito u mlađih pacijenata, a precizna biokemijska i slikovna dijagnostika omogućuju pravovremeno liječenje.

Ključne riječi: Adrenalektomija; Feokromocitom; Katekolamini; Nadbubrežna žlijezda

TRI ATRIJA JEDNO SRCE; PRIKAZ SLUČAJA

Oliver Čolig¹; Sara Puškadija¹; Matko Spicijarić^{1,2}

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Oliver Čolig, ocolig@student.uniri.hr

Uvod: Troatrijsko srce (*lat. cor triatriatum*) predstavlja rijetku prirođenu srčanu anomaliju čija je karakteristika pregrada koja dijeli pretklijetku u dvije funkcionalne komore. Desnostrani oblik, (*lat. cor triatriatum dexter*), iznimno je rijedak. Na nju otpada svega 0,025% kongenitalnih srčanih grešaka. S obzirom da je prema radovima incidencija kongenitalnih grešaka 8 na 1.000 živorođene djece, procijenjena učestalost *cor triatriatum dexter* je otprilike 2 na 1.000.000 osoba. U pravilu se dijagnosticira slučajno, najčešće u sklopu ehokardiografskog pregleda. Zbog nespecifične simptomatologije, postavljanje dijagnoze često zahtijeva detaljnu multimodalnu kardiološku obradu.

Prikaz slučaja: 71-godišnja bolesnica, bez prethodno poznate kardiološke anamneze, primljena je zbog palpitacija, progresivne dispneje i smanjene tolerancije napora. Tegobe su bile praćene razvojem perifernih edema. Elektrokardiografski je potvrđena fibrilacija atrijske tahiaritmijom klijetke. Laboratorijski nalazi pokazali su izrazito povišene vrijednosti NT-proBNP-a te prolazno pogoršanje bubrežne funkcije. Transtorakalni, a potom i transezofagealni ultrazvuk ukazali su na značajnu dilataciju oba atrija i desne klijetke, aneurizmu interatrijskog septuma te prisutnost inkompletne pregrade u desnom atriju koja se proteže od ušća donje šuplje vene prema interatrijskom septumu. Njome je desni atrij funkcionalno podijeljen u dvije komore. Sistolička funkcija lijeve klijetke bila je očuvana. Doplerskom analizom utvrđena je teška trikuspidalna regurgitacija s izraženim koaptacijskim zjapom, bez dokaza značajnog interatrijskog pretoka. Tijekom boravka učinjena je i koronarografija koja je bila urednog nalaza. Bolesnica je uspješno liječena standardnom terapijom za zatajivanje srca, a fibrilacija atrijske je prekinuta uvođenjem amiodarona i elektrokardioverzijom. Uskoro je otpuštena, kardijalno kompenzirana i dobrog općeg stanja, uz preporuku da se učini magnetska rezonanca srca. Istom je potvrđeno postojanje *cor triatriatum dexter* uz izraženu turbulenciju protoka te reduciranu sistoličku funkciju desne klijetke, bez znakova miokardijalne fibroze. S obzirom na regresiju tegoba uz uvedenu terapiju, odlučeno je da nema potrebe za operativnim zahvatom i uklanjanjem pregrade.

Zaključak: Prikazani slučaj naglašava važnost sveobuhvatne kardiološke obrade u bolesnika s prvom manifestacijom zatajivanja srca i fibrilacije atrijske. Rijetke prirođene anomalije, poput *cor triatriatum dexter*, mogu imati ključnu ulogu u patofiziologiji bolesti te značajno utjecati na dijagnostički i terapijski pristup, kao i dugoročnu prognozu bolesnika.

Ključne riječi: Fibrilacija atrijske; Prirođene srčane greške; Troatrijsko srce; Zatajivanje srca

SRČANA TAMPONADA KAO PRVA MANIFESTACIJA MALIGNNE BOLESTI PLUĆA; PRIKAZ SLUČAJA

Karla Jermaniš¹; Veronika Kolak¹; Martina Linić¹; Gordana Bačić^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Karla Jermaniš, kjermanis@unri.hr

Uvod: Srčana tamponada je životno ugrožavajuće stanje karakterizirano nakupljanjem tekućine u perikardijalnom prostoru koje u određenim okolnostima onemogućuje dostatno punjenje srca krvlju. Smanjujući udarni volumen i opskrbu organizma krvlju, ako se ne liječi pravodobno, dovodi do šoka i smrti. Etiologija srčane tamponade uključuje niz mogućih stanja, a maligne bolesti predstavljaju jedan od važnih uzroka, najčešće u uznapredovalim stadijima kao posljedica izravne infiltracije perikarda.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 64 godine javila se u hitni bolnički prijem zbog otežanog disanja, suhog kašlja i zamora pri minimalnom naporu tijekom nekoliko dana. Godinu dana ranije bila je hospitalizirana radi obostrane upale pluća te je pušačica posljednjih 35 godina. Prilikom obrade utvrđene su granične vrijednosti krvnog tlaka (100/60 mmHg), uz sinusnu tahikardiju 105/min. Auskultacijom prsnog koša utvrđen je oslabljen šum disanja nad desnim plućnim krilom bazalno te tiši srčani tonovi. Radiogramom grudnih organa utvrdi se desnostrani pleuralni izljev. Zbog progresivnog pogoršanja tegoba pacijentice učini se ehokardiografija srca kojom je utvrđen veliki perikardijalni izljev, debljine do 27 mm uz kolabiranje desnostranih srčanih šupljina, tipično ljučenje srca (engl. *swinging heart*) i dilatiranu donju šuplju venu. Kardiološka služba učinila je perikardiocentezu, pri čemu je drenirano ukupno 950 mililitara krvavog izljeva. Dio izljeva poslan je na citološku analizu kojom je neočekivano utvrđena prisutnost malignih stanica tipa žljezdanog epitela, što je potaknulo daljnju dijagnostičku obradu u cilju utvrđivanja primarnog sjela maligne bolesti. U sklopu daljnje obrade učinjena je višeslojna kompjutorizirana tomografija kojom je identificiran tumor donjeg režnja desnog plućnog krila, uz znakove peribronhalnog širenja i infiltracije perikarda. Tijekom hospitalizacije dovršena je pulmološka obrada i planiran početak liječenja novootkrivene maligne bolesti.

Zaključak: Perikardijalni izljev i srčana tamponada često se javljaju u pacijenata s uznapredovalim stadijima malignih bolesti, posebice tumora pluća i dojke. Srčana tamponada kao prva manifestacija još nepoznate maligne bolesti vrlo je rijetka pojava. Ovaj slučaj naglašava važnost visokog stupnja kliničke sumnje na mogućnost maligne etiologije perikardijalnog izljeva, uključujući i tamponade srca, osobito kod bolesnika s rizičnim čimbenicima, te potrebu za pravodobnim i multidisciplinarnim pristupom dijagnozi i liječenju.

Ključne riječi: Neoplazme pluća; Perikardiocenteza; Perikardni izljev; Perikard; Tamponada srca

KADA HEPATOGRAM ZAVARA: DERMATOMIOZITIS POD KRINKOM SUSPEKTNE JETRENE LEZIJE; PRIKAZ SLUČAJA

Ivana Tolić¹; Marijo Mrzljak¹; Katarina Valković¹; Domagoj Mičetić (mentor)^{1,2}

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu, Zavod za gastroenterologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Ivana Tolić, itolic@student.uniri.hr

Uvod: Dermatomiozitis je idiopatska, imunološki posredovana upalna miopatija koja može predstavljati dijagnostički izazov, osobito u prisutnosti diskrepancije između kliničke slike i laboratorijskih nalaza. U nekim slučajevima zahvaćanje mišića može se pogrešno pripisati primarnoj patologiji jetre, što dodatno otežava dijagnostički proces. Cilj ovog prikaza slučaja jest ukazati na dijagnostičke zamke u bolesnika s kliničkom slikom dermatomiozitisa.

Prikaz slučaja: Sedamdesetdvogodišnji bolesnik upućen je u hitnu gastroenterološku ambulantu nakon inicijalne obrade u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu (OHBP) zbog alteriranog hepatograma i prisutnih bolova u trbuhu. Navodi kako unazad dva tjedna ima tegobe u vidu bolova u mišićima, koji su isprva zahvaćali mišiće trupa i natkoljenica, a potom se bol proširila na rameni obroč, uz prisutne subfebrilne vrijednosti tjelesne temperature. Također, navodi kako dulje vrijeme osjeća bolove pod desnim rebrenim lukom, koji su prema dostupnoj medicinskoj dokumentaciji prisutni od 2022. godine. Kožne promjene pojavile su se unazad tjedan dana u vidu leptirastog eritema kože lica, uz eritem prednje strane toraksa i epigastrija. Biokemijskom analizom utvrđeno je izraženo povišenje jetrenih transaminaza, aspartat-aminotransferaza (AST) 1062 U/L [11-38] i alanin-aminotransferaza (ALT) 303 U/L [12-48], dok su kolestatski parametri bili uredni, uz tek blago povišenu vrijednost gama-glutamilttransferaze (GGT), što je upućivalo na to da poremećaj nije bio primarno jetrene etiologije. Obzirom na kliničku sliku i nalaz hepatograma dodatno su učinjeni kreatin-kinaza (CK) 19810 U/L [<177] i laktat dehidrogenaza (LDH) 1099 U/L [<241]. Slijedom navedenoga dijagnosticiran je dermatomiozitis te je idući dan hospitaliziran na Zavodu za reumatologiju i kliničku imunologiju, zbog daljnje dijagnostičke obrade i liječenja.

Zaključak: Pravodobno prepoznavanje kliničkih i laboratorijskih obilježja omogućilo je postavljanje ispravne dijagnoze i upućivanje bolesnika na odgovarajuću specijalističku obradu. Slučaj ističe važnost multidisciplinarnog pristupa kako bi se izbjegle dijagnostičke zamke i odgoda liječenja, osobito u bolestima s potencijalno teškim komplikacijama poput dermatomiozitisa.

Ključne riječi: Dermatomiozitis; Jetreni enzimi; Kožne manifestacije; Mišićna slabost

ATIPIČNA PREZENTACIJA TROMBOTIČNE TROMBOCITOPENIČNE PURPURE; PRIKAZ SLUČAJA

Tiyya Selimović¹; Marija Mikić¹; Morena Sirotić¹; Jelena Faletar Barišić (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Rijeka, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinička bolnica "Sveti Duh", Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Tiyya Selimović, tiyya.se@gmail.com

Uvod: Trombotska trombocitopenična purpura (TTP) rijedak je, životno ugrožavajući oblik trombotske mikroangiopatije, obilježen mikroangiopatskom hemolitičkom anemijom i trombocitopenijom uz moguću multiorgansku zahvaćenost. Unatoč značajnom napretku u terapijskim mogućnostima, rana dijagnoza i pravodobno započinjanje liječenja i dalje predstavljaju izazov u kliničkoj praksi osobito u slučajevima atipične prezentacije. Cilj ovog prikaza slučaja je istaknuti važnost rane kliničke sumnje i brzog terapijskog odgovora u bolesnika s nespecifičnim početnim simptomima.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 44 godine, s od ranije poznatom arterijskom hipertenzijom i migrenom, hospitalizirana je na Zavod za bolesti srca i krvnih žila zbog bolova u epigastriju s propagacijom prema prsištu praćenih mučninom, pod sumnjom na akutni koronarni sindrom. U inicijalnoj laboratorijskoj obradi uočene se povišene vrijednosti visokoosjetljivog troponina (hsTnI), trombocitopenija stadija 4, hemolitička anemija blagoga stupnja uz prisutne parametre hemolize koji su uključivali povišene vrijednosti laktat dehidrogenaze i snižene vrijednosti haptoglobina. S obzirom na trombocitopeniju gradusa 4 s oštećenjem ciljnog organa, koje je uključivalo leziju miokarda, postavila se klinička sumnja na trombotičnu trombocitopeničnu purpuru. Aktivnost ADAMTS13 bila je izrazito snižena (<0,01) čime je dijagnoza potvrđena. Osim toga, kod pacijentice su dokazana direktna i indirektna antitrombocitna protutijela, čime se dodatno postavi dijagnoza imunosne trombocitopenije. Započeto je liječenje izmjenom plazme (plazmafereza) te je ukupno provedeno pet postupaka uz primjenu visokih doza kortikosteroida. Tijekom terapije postupno je došlo do kliničkog poboljšanja, normalizacije u broju trombocita, parametara hemolize, kao i visokoosjetljivog troponina. Kontrolna aktivnost ADAMTS13 porasla je na 0,28–0,31 što je ukazivalo na postizanje remisije. Daljnje liječenje nastavljeno je prednizonom u dozi od 60 mg dnevno, a pacijentica je otpuštena u stabilnom stanju uz preporuku redovitih kontrola u hematološkoj ambulanti.

Zaključak: Trombotična trombocitopenična purpura može imati varijabilnu i atipičnu kliničku prezentaciju te kao takva zahtijeva visoki stupanj kliničke sumnje. Pravodobno prepoznavanje i započinjanje liječenja imaju ključnu ulogu u sprječavanju teških komplikacija i poboljšanju ishoda bolesnika s TTP-om.

Ključne riječi: ADAMTS13 protein; Plazmafereza; Trombotična trombocitopenična purpura

FABRYEVA BOLEST I TRANSPLANTACIJA BUBREGA – PRIKAZ SLUČAJA

Katarina Valković¹, Ivana Tolić¹, Dorotea Živalj¹, Dean Markić (mentor)^{1,2}

1- Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2- Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Katarina Valković, email: kvalkovic01@gmail.com

Uvod: Fabryjeva bolest je rijetka, nasljedna lizosomska bolest nakupljanja uzrokovana deficitom enzima α -galaktozidaze A, koja dovodi do progresivnog multiorganskog oštećenja. Cilj rada je istaknuti važnost ranog prepoznavanja Fabryjeve bolesti i pravodobnog započinjanja liječenja radi sprječavanja progresije organskog oštećenja.

Prikaz slučaja: U našeg 36-godišnjeg bolesnika je, na osnovu obiteljske anamneze, postavljena sumnja na Fabryevu bolest. On je u tom trenutku bio bez ikakvih smetnji, ali je u njegova 8 godina starijeg brata tijekom opsežne dijagnostičke obrade zbog kronične bubrežne bolesti i polineuropatije, a u sklopu nespecifičnih i dugotrajnih simptoma, učinjena obrada na rijetke bolesti. Provedenom obradom potvrđena je dijagnoza Fabryeve bolesti. Naš bolesnik je upućen na genetičko testiranje kojim je potvrđena Fabryeva bolest. Iako je u trenutku dijagnostike bio klinički asimptomatski, tijekom detaljne sustavne obrade utvrđena je uznapredovala kronična bubrežna bolest stadija G4 (eGFR 16ml/min), zbog čega je pravodobno uvršten na listu čekanja za transplantaciju bubrega. S obzirom na osnovnu bolest započeto je enzimsko nadomjesno liječenje Fabrazymom u dozi od 70 mg, koje se primjenjivalo intravenski u razmacima od dva tjedna. Devet mjeseci nakon postavljanja dijagnoze Fabryjeve bolesti bolesniku je uspješno transplantiran bubreg (preemptivna transplantacija). Bubreg je dobiven putem Eurotransplanta, a radilo se o polovici potkovičastog bubrega. Nekoliko mjeseci kasnije transplantacija je učinjena i njegovom bratu. U daljnjem praćenju (skoro 10 godina) naš bolesnik je bez značajnih simptoma uz stabilnu funkciju grafta, dok su se kod starijeg brata, koji je od samog početka imao simptomatsku bolest, razvile komplikacije Fabryjeve bolesti, uključujući moždani infarkt.

Zaključak: Fabryjeva bolest dovodi do brojnih multisistemskih komplikacija, osobito bubrežnih, kardioloških i neuroloških, što značajno utječe na kvalitetu života i dugoročni ishod pacijenata. Prikazani slučaj naglašava važnost ranog prepoznavanja bolesti, jer pravovremena dijagnoza omogućuje uvođenje ciljane terapije i redovito praćenje, čime se može usporiti progresija oštećenja organa. Također, važno je testiranje srodnih članova u slučaju pozitivne obiteljske anamneze, što je ključno za identifikaciju oboljelih prije pojave ozbiljnih komplikacija. Rano otkrivanje i pravodobno liječenje smanjuju rizik od teških komplikacija te poboljšavaju dugoročni ishod i kvalitetu života oboljelih.

Ključne riječi: Bolesti bubrega; Fabryeva bolest; Rijetke bolesti; Transplantacija bubrega

TUBERKULOZA – POVRATAK STARE BOLESTI?; PRIKAZ SLUČAJA

Julija Žanetić¹; Ivan Benčić²; Ana Vučković²; Vjekoslav Cvitković¹

1 – Dom Zdravlja Zagreb Zapad, Zagreb, Hrvatska

2 – Medicinski fakultet Sveučilište u Zagrebu

KORESPONDENTNI AUTOR: Julija Žanetić, julijablato@gmail.com

Uvod: Tuberkuloza (TBC) je zarazna bolest uzrokovana acidorezistentnim bacilom *Mycobacterium tuberculosis*. Iako najčešće zahvaća pluća, može postati sistemska bolest. TBC predstavlja značajan globalni javnozdravstveni problem, zbog čega je Svjetska zdravstvena organizacija postavila cilj smanjenja incidencije bolesti za 90 % u razdoblju od 2015. do 2035. godine. Unatoč napretku u dijagnostici i liječenju, TBC i dalje predstavlja dijagnostički i terapijski izazov.

Prikaz slučaja: Pacijentica, u dobi od 40 godina, javlja se u ordinaciju obiteljske medicine zbog kašlja u trajanju od tri tjedna, uz povremeno blago povišenu tjelesnu temperaturu do 37,5 °C, zaduhe pri naporu i noćna preznojava. Iskašljavala je žuto-zeleni sputum, bez poznatog epidemiološkog kontakta. U osobnoj anamnezi nema težih bolesti. Fizikalnim pregledom utvrđen je uredan status srca i pluća te uredni vitalni parametri. Laboratorijski nalazi upućivali su na bakterijsku upalu, a rendgensko snimanje (RTG) pluća pokazalo je zasjenjenje gornjeg desnog plućnog polja te je započeta antibiotska terapija. Zbog nastavljanja simptoma i izostanka regresije radioloških promjena na kontrolnom RTG-u, učinjena je daljnja bolnička obrada. Kompjutorizirana tomografija i pozitronska emisijska tomografija pluća prikazali su infiltrativne i nodozne promjene s patološkom metaboličkom aktivnošću, dominantno u desnom gornjem režnju. Fiberoptičkom bronhoskopijom uočene su infiltrirane sluznice traheje i desnog glavnog bronha s nekrotičnim promjenama. Citološki nalaz minilavata ukazivao je na granulomatoznu reakciju, a kultura je bila pozitivna na *Mycobacterium tuberculosis*. Pacijentica je hospitalizirana na pulmologiji te je započeto standardno četverostruko antituberkulozno liječenje. Dva tjedna nakon hospitalizacije iskašljaj je bio mikroskopski negativan na acidorezistentne bacile. Planiran je nastavak četverostruke terapije kroz ukupno dva mjeseca, uz daljnji ambulantni nastavak dvojne antituberkulozne terapije u trajanju od najmanje šest mjeseci uz redovito praćenje u dnevnoj bolnici.

Zaključak: Iako je aktivna tuberkuloza u modernoj Hrvatskoj relativno rijetka, bilježi se porast novootkrivenih slučajeva. Ovaj prikaz naglašava važnost razmišljanja o tuberkulozi u diferencijalnoj dijagnozi dugotrajnog kašlja i perzistentnih plućnih infiltrata, ali također postavlja pitanje, je li tuberkuloza uistinu bolest koja predstavlja problem samo u nerazvijenim državama ili je pak ona nešto s čime ćemo se sve češće susretati u kliničkoj praksi?

Ključne riječi: Kašalj; Pulmologija; Tuberkuloza

VISOKORIZIČNI IgG KAPA MULTIPLI MIJELOM S EKSTRAMEDULARNOM PREZENTACIJOM I DELECIJOM P53: SLOŽENOST KLINIČKOG TIJEKA I LIJEČENJA; PRIKAZ SLUČAJA

Hana Karalić¹, Dinko Fabio¹, Marija Stanić Damić^{1,2}

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu, Zavod za hematologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Hana Karalić, E-mail: hkaralic@student.uniri.hr

Uvod: Ekstramedularni multipli mijelom oblik je multiplog mijeloma u kojem se maligne plazma stanice šire izvan koštane srži u okolna tkiva. Cilj je prikazati rijedak i atipičan oblik multiplog mijeloma s ekstramedularnom prezentacijom u fazama relapsa i progresije bolesti unatoč primjeni standardnih lijekova te istaknuti prognostički značaj ekstramedularne bolesti s terapijskim mogućnostima.

Prikaz slučaja: Pacijentica je 71-godišnja žena koja je u travnju 2024. započela hematološku obradu zbog progresivnih bolova u kostima. Nakon pada u razini, zadobila je patološke frakture oba femura u području osteolitičkih lezija. Radi sumnje na multipli mijelom, pacijentica je upućena na daljnju dijagnostičku obradu. Potvrđena je dijagnoza multiplog mijeloma IgG kapa, visokorizične bolesti s delecijom p53 te izraženim osteolitičkim lezijama skeleta. U srpnju je započeto liječenje prema DRd protokolu (daratumumab, lenalidomid, deksametazon) uz mjesečnu aplikaciju zoledronata prema shemi za netransplantabilne bolesnike. Pacijentica je postigla vrlo dobar parcijalni odgovor na terapiju. Godinu dana nakon postavljene dijagnoze multiplog mijeloma, u travnju 2025., u prednjem distalnom dijelu desne natkoljenice uočena je nova tvorba, a dijagnostičkim metodama potvrđena je progresija bolesti. U svibnju je započeta nova linija kemoterapije prema KDd protokolu (karfilzomib, daratumumab, deksametazon). Međutim, zbog daljnje progresije multiplog mijeloma s ekstramedularnom prezentacijom (drugog relapsa) u srpnju 2025. započeta je treća linija polikemoterapijskog liječenja prema KPd-PACE protokolu (KPd + cisplatina, doksorubicin, ciklofosamid, etopozid) u bolničkim uvjetima. Primijećen je razvoj eritematoznih papula na desnoj nozi što je označilo daljnju progresiju ekstramedularne bolesti te je u listopadu započeta četvrta linija kemoterapije prema BPd protokolu (bortezomib, pomalidomid, deksametazon). Sredinom studenog pacijentica je hospitalizirana zbog razvoja opstruktivnog ikterusa, a kompjuterizirana tomografija abdomena i zdjelice prikazala je multiple sekundarne depozite bolesti.

Zaključak: Prikazani slučaj pokazuje rijedak i agresivan tijek multiplog mijeloma s ekstramedularnom prezentacijom unatoč primjeni četiriju linija kemoterapije uz palijativnu radioterapiju, a naglašava potrebu za istraživanjima u mehanizmima same bolesti i novih metoda liječenja kao što je terapija T-limfocitima s kimeričkim antigenim receptorom ili bispecifičnim protutijelima.

Ključne riječi: Ekstramedularna bolest; Imunoterapija; Multipli mijelom; Osteoliza; Tumorski supresorski protein p53

STATINSKA MIOPATIJA ILI IMUNOLOŠKI POSREDOVANA NEKROTIZIRAJUĆA MIOPATIJA; PRIKAZ SLUČAJA

Veronika Kolak¹; Martina Linić¹; Karla Jermaniš¹; Srđan Novak (Mentor)²

1 - Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu, Zavod za reumatologiju i kliničku imunologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPODENTNI AUTOR: Veronika Kolak, vkolak123@gmail.com

Uvod: Statini su temelj prevencije i liječenja aterosklerotske kardiovaskularne bolesti zbog učinkovitog snižavanja LDL-kolesterola. Iako se uglavnom dobro podnose, mogu uzrokovati statinsku miopatiju, čiji klinički spektar uključuje mialgiju, povišene vrijednosti kreatin-kinaze (CK), miozitis, a rijetko i rabdomiolizu. Simptomi se najčešće povlače nakon prekida terapije statinima. U ovom radu prikazuje se slučaj statinske miopatije komplicirane kontrastnom nefropatijom.

Prikaz slučaja: 76-godišnja pacijentica zaprimljena je zbog progresivne boli i slabosti donjih ekstremiteta u trajanju od deset dana uz zimicu i subfebrilitet do 37,5 °C posljednjih pet dana. U anamnezi se navodi nedavno učinjena perkutana koronarna intervencija, nakon koje je uveden atorvastatin u dozi od 80 mg. U daljnjem tijeku razvija se oligurija bez dizuričnih tegoba uz porast bubrežnih parametara, interpretirana kao postkontrastna nefropatija. Započeta je ambulantna hidracija 0,9% NaCl (1000ml), a statin je pacijentica samoinicijativno ukinula. Laboratorijskim nalazima utvrđene su povišene vrijednosti bubrežnih parametara te povišena kreatin-kinaza (CK do 1300 U/L), što je inicijalno interpretirano u sklopu sumnje na kontrastnu nefropatiju i akutno bubrežno zatajenje. Dolazi do normalizacije bubrežne funkcije, no razvija se izražena mišićna slabost, osobito proksimalnih skupina donjih ekstremiteta. Zbog sumnje na statinom induciranu miopatiju pacijentica je hospitalizirana na odjelu reumatologije. U terapiju je uveden metilprednizolon intravenski (125 mg kroz tri dana) uz postupno smanjenje doze i prijelaz na peroralnu terapiju, nakon čega dolazi do brzog kliničkog poboljšanja. Antinuklearna antitijela kao anti HMGCR (od engl. *Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase*) pristigla su negativna.

Zaključak: Prikazani slučaj ističe važnost prepoznavanja statinima inducirane ozljede mišića. Kod bolesnice nemamo inicijalne vrijednosti CK pa ne možemo sa sigurnošću zaključiti radi li se o rabdomiolizi. Preklapanje kliničke slike kontrastne nefropatije i miopatije otežavalo je dijagnostičku obradu. Progresija mišićne slabosti unatoč poboljšanju bubrežne funkcije pobudila je sumnju na statinsku miopatiju te su uvedeni glukokortikoidi. Međutim, negativna anti HMGCR i vrlo brz učinak glukokortikoida upućuju da se najvjerojatnije ne radi o imunološki posredovanoj nekrotizirajućoj miopatiji nego oštećenju iz spektra statinske miopatije.

Ključne riječi: Inhibitori hidroksimetilglutaril-CoA reduktaze; Kreatinin kinaza; Miopatija; Perkutana koronarna intervencija

KAD STANDARDNA TERAPIJA NIJE DOVOLJNA: TERAPIJSKI UČINAK HIPERBARIČNE OKSIGENOTERAPIJE U FISTULIRAJUĆOJ CROHNOVOJ BOLESTI; PRIKAZ SLUČAJA

Stela Ilinković¹, Tihana Kosanović¹, Domagoj Mičetić^{1,2} (mentor)

1 - Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Zavod za gastroenterologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Stela Ilinković, silinkovic@uniri.hr

Uvod: Unatoč napretku u farmakološkoj terapiji Crohnove bolesti, liječenje fistulirajućeg oblika i dalje predstavlja značajan terapijski izazov, što u određenim situacijama otvara mogućnost dodatnim adjuvantnim terapijskim pristupima. Cilj ovog rada je prikazati potencijalnu terapijsku ulogu hiperbarične oksigenoterapije kao adjuvantne metode u liječenju fistulirajućeg oblika Crohnove bolesti.

Prikaz slučaja: 22-godišnjoj bolesnici je unatrag tri godine dijagnosticirana Crohnova bolest, a nakon učinjene obrade bolesnica nije bila sklona liječenju. Nakon dvije godine od postavljanja dijagnoze, hospitalizirana je zbog perianalnog apscesa koji je zbrinut incizijom. Učinjena je reevaluacija bolesti magnetskom rezonancijom (MR) zdjelice te MR enterografijom. Dijagnosticirana je fistulirajuća Crohnova bolest te je započeto liječenje infliksimabom. Nakon dva mjeseca, bolesnica je ponovno hospitalizirana zbog gnojne sekrecije u području pupka uslijed enterokutane fistule. Fistula je zbrinuta postavljanjem silikonskog drena, postavljen je i *port-a-cath* te je započeta parenteralna prehrana. Unatoč provedenoj drenaži, na mjestu drena je i dalje perzistirala obilna gnojna sekrecija uz kliničku sliku kronične rane. Uslijed toga je indicirana hiperbarična oksigenoterapija (HBOT). Provedeno je ukupno 30 tretmana HBOT-a, pri čemu je svaki tretman trajao 60 minuta pri tlaku od 2,4 bara. Tijekom postupka nisu zabilježene komplikacije. Osim hiperbarične oksigenoterapije, nastavljeno je i liječenje infliksimabom. Po provedenom liječenju bolesnica je navela poboljšanje tegoba uz regresiju bolova. Sekrecija i veličina fistule su regredirali, a u intervalu od mjesec dana zabilježen je porast tjelesne mase od sedam kilograma.

Zaključak: Iako hiperbarična oksigenoterapija nije standardna terapijska opcija u liječenju Crohnove bolesti te njezin mehanizam djelovanja u upalnim bolestima crijeva još nije u potpunosti razjašnjen, prikazani slučaj upućuje na mogući značajan terapijski učinak u liječenju perzistirajućih enterokutanih fistula uz istodobno poboljšanje kvalitete života bolesnika. Ovi nalazi naglašavaju potencijalnu ulogu hiperbarične oksigenoterapije kao vrijedne adjuvantne terapije te potrebu za daljnjim istraživanjima.

Ključne riječi: Crohnova bolest; Hiperbarična oksigenacija; Intestinalna fistula

TAKAYASU ARTERITIS KAO UZROK ZAVRŠNOG STUPNJA KRONIČNE BUBREŽNE BOLESTI I USPJEŠNA TRANSPLANTACIJA BUBREGA - PRIKAZ SLUČAJA

Ana Vučaj¹; Morena Sirotić¹; Nevia Stanić¹; Stela Živčić-Čosić (mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Zavod za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju bubrega, Klinika za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

KORESPONDENTNI AUTOR: Ana Vučaj, avucaj@uniri.hr

Uvod: Takayasu arteritis je rijetka kronična upalna bolest velikih krvnih žila, najčešće aorte i njezinih ogranaka. Promjene na renalnim arterijama mogu dovesti do sekundarne arterijske hipertenzije i razvoja kronične bubrežne bolesti. Zbog multisistemskog zahvaćanja, dijagnostika i liječenje zahtijevaju multidisciplinarni pristup.

Prikaz slučaja: Muškarac rođen 1980. godine praćen je od 2007. godine zbog kronične bubrežne bolesti i renovaskularne hipertenzije uzrokovanih Takayasu arteritisom. Dijagnostička obrada ukazala je trombozu gornje mezenterijalne arterije i stenozu lijeve renalne arterije. Učinjena je perkutana transluminalna angioplastika (PTA) uz postavljanje stenta u lijevu renalnu arteriju, komplicirana djelomičnom restenozom i parcijalnim infarktom bubrega. Zbog razvoja stenoze desne renalne arterije 2008. godine učinjena je PTA, koja se komplicirala rupturom renalne arterije te je bila potrebna hitna nefrektomija desno. Tijekom idućih se godina postupno pogoršavala funkcija preostalog dijela lijevog bubrega. Radiološkom obradom isključena je tumorska tvorba lijevog bubrega i utvrđena ishemijska lezija s redukcijom parenhima i hipertrofija preostalog bubrežnog parenhima. Praćenje i liječenje pacijenta nastavljeno je uz multidisciplinarnu suradnju, uključujući nefrologa, urologa, gastroenterologa, imunologa, vaskularnog kirurga te interventnog radiologa. Unatoč antihipertenzivnoj, imunosupresivnoj, nefroprotektivnoj terapiji te uspješnoj ponovnoj PTA lijeve renalne arterije, u veljači 2020. godine dolazi do razvoja završnog stupnja kronične bubrežne bolesti s anurijom (kreatinin do 945 $\mu\text{mol/L}$, eGFR 5 mL/min/1,73 m²). Započeto je nadomjesno liječenje hemodijalizom. Tijekom evaluacije za transplantaciju bubrega otkriveni su polipi i in situ adenokarcinom kolona, zbog čega je učinjena djelomična resekcija sigmoidnog kolona. Nakon završetka obrade, pacijent je prihvaćen kao kandidat za transplantaciju bubrega. S obzirom na relativno mladu životnu dob i postojanje živog srodnog darivatelja, dana 12. travnja 2023. godine presađen mu je bubreg njegove sestre. Poslijetransplantacijski tijek bio je uredan, uz stabilnu funkciju presatka.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja ističe složen i dugotrajan tijek Takayasu arteritisa sa zahvaćanjem renalnih arterija i brojnim komplikacijama, uključujući razvoj završnog stupnja kronične bubrežne bolesti. Pravovremeno prepoznavanje bolesti i vaskularnih komplikacija, multidisciplinarni pristup u dijagnostici, liječenju te pripremi pacijenata za transplantaciju bubrega od ključne su važnosti, pri čemu transplantacija predstavlja najučinkovitiju metodu nadomještanja bubrežne funkcije.

Ključne riječi: Kronična bubrežna bolest; Opstrukcija renalne arterije; Renovaskularna hipertenzija; Takayasu arteritis; Transplantacija bubrega

OD ISHEMIJSKOG MOŽDANOG UDARA DO OTKRIĆA PERZISTENTNOG FORAMENA OVALE U MLADE PACIJENTICE; PRIKAZ SLUČAJA

Lea Kovačec¹; Maja Vunić (Mentor)^{2,3}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

3 - Thalassotherapie Crikvenica, Crikvenica, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Lea Kovačec, lea.kovacec54@gmail.com

Uvod: Perzistentni foramen ovale (PFO) je ostatak fetalnog interatrijskog otvora koji se u pravilu spontano zatvara nakon rođenja. Iako većina slučajeva ostaje klinički asimptomatska, PFO može uzrokovati paradoksalnu emboliju i kriptogeni moždani udar, osobito u mlađih bolesnika bez drugih vaskularnih čimbenika rizika. Embolus može okludirati bilo koji dio moždane cirkulacije, no najčešće je zahvaćena *arteria cerebri media* s potencijalnim ishemijskim moždanim udarom u frontalnom, parijetalnom ili temporalnom režnju. Rjeđe, kod većeg PFO-a, zahvaćena je posteriorna cirkulacija, odnosno područje okcipitalnog režnja i malog mozga.

Prikaz slučaja: Predstavljamo slučaj 36-godišnje pacijentice koja se javila u hitni prijam zbog epizode dvoslika i nestabilnosti. Pacijentica do sada nije teže bolovala, ne uzima kroničnu terapiju, bavi se sportom te nema kardijalnih tegoba. Anamnestički navodi ranije epizode sinkope koje bi povezivala s hipotenzijom. Prilikom inicijalne obrade učinjena je osnovna laboratorijska dijagnostika te elektrokardiogram koji je uredan, a kompjuteriziranom tomografijom mozga isključeno je akutno zbivanje. Naknadna magnetska rezonancija mozga pokazala je mali kronični kortikalni infarkt lijeve cerebralne hemisfere te ishemijsku leziju u mezencefalonu, sugerirajući moguću kardioembolijsku etiologiju. U sklopu daljnje kardiološke obrade učinjena je i transtorakalna ehokardiografija koja je bila bez vidljivih defekata interatrijskog septuma. Zbog „atipičnog“ mjesta embolizacije te i dalje nejasne etiologije cerebrovaskularnog inzulta, napravljeno je kontinuirano transkranijalno color dopplersko ispitivanje s primjenom kontrastnog sredstva (engl. *bubble test*), pri čemu je detektirano 8 emboličkih signala moždane cirkulacije. Posljedično je indicirana transezofagealna ehokardiografija koja je pokazala desno-lijevi pretok kroz PFO. Postavljena je dijagnoza otvorenog foramena ovale te je u pacijentice indicirano perkutano zatvaranje defekta. Zahvatom je interatrijska komunikacija uspješno zatvorena okluderom, a pacijentici je uvedena standardna dvojnja antiagregacijska terapija acetilsalicilnom kiselinom te klopidoogrelom. Kontrolnim kardiološkim pregledom utvrđeni su optimalni položaj i funkcija okludera te uredan postproceduralni tijek bez komplikacija.

Zaključak: Slučaj ove pacijentice naglašava važnost razmatranja PFO-a ili drugih srčanih anomalija kao potencijalnog uzroka ishemijskog moždanog udara u bolesnika s nejasnom etiologijom. Ciljana kardiološka obrada omogućuje pravovremenu dijagnozu i terapiju, uključujući perkutano zatvaranje PFO-a, čime se uklanja rizik od ponovnog cerebrovaskularnog događaja i poboljšava dugoročna kvaliteta života.

Ključne riječi: Ehokardiografija, transezofagealna; Foramen ovale, perzistentni; Ishemijski moždani udar

KAD ZALISTAK POPUSTI: AORTALNA REGURGITACIJA, PRIKAZ SLUČAJA

Martina Linić¹; Karla Jermaniš¹; Veronika Kolak¹; Lulić Davorka dr. med.^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Martina Linić; martina.linic22@gmail.com

Uvod: Aortna regurgitacija nakon kirurške zamjene aortnog zaliska (engl. surgical aortic valve replacement, SAVR) najčešće je posljedica paravalvularnog propuštanja (engl. paravalvular leak, PVL) uslijed nepotpunog prilijeganja bioproteze u aortni anulus ili centralne insuficijencije bioproteze kao posljedica endokarditisa ili strukturnog propadanja listića. Značajna regurgitacijska frakcija može dovesti do zatajivanja srca, posljedičnog kliničkog pogoršanja stanja i smrti pacijenta.

Prikaz slučaja: 72-godišnji pacijent hospitaliziran je početkom siječnja 2026. godine uslijed progresivne zaduhe, isprva u naporu, a potom i u mirovanju, te ortopneje. Riječ je o pacijentu s poznatom valvularnom i ishemijskom bolesti srca koji je 2018. godine podvrgnut SAVR-u radi endokarditisa nativog aortnog zaliska i posljedične kombinirane aortne greške s predominacijom teške stenoze. Ehokardiografski je verificirana očuvana sistolička funkcija lijeve klijetke uz teško degenerativno promijenjene listiće bioproteze s posljedičnom teškom centralnom aortnom regurgitacijom. Nalazi pacijenta prikazani su na konziliju za strukturne bolesti srca, te je indicirana transkateterska implantacija aortnog zaliska (engl. transcatheter aortic valve implantation, TAVI) u kirurški zalistak (TAV-in-SAV). S obzirom na rekurentne srčane dekompenzacije i značajnu progresiju simptoma, pacijent je zahvatu podvrgnut tijekom boravka. Tijek zahvata protekao je uredno, ehokardiografski se kontrolno verificira uredna pozicija i funkcija implantiranog zaliska. Pacijent je otpušten dva dana nakon zahvata klinički kardijalno kompenziran, bez simptoma zaduhe, uz preporuku antibiotske profilakse bakterijskog endokarditisa u situacijama povišenog rizika.

Zaključak: Degeneracija kirurške bioproteze može uzrokovati značajnu aortnu regurgitaciju i značajno doprinijeti pogoršanju kroničnog zatajivanja srca. Zbog svoje minimalne invazivnosti, TAV-in-SAV omogućuje liječenje bolesnika koji su već podvrgnuti SAVR-u te omogućava brži oporavak bolesnika s kraćim boravkom u bolnici i manjim rizikom od perioperativnih komplikacija u usporedbi s klasičnim ponovljenim („redo“) kirurškim zahvatom. Pravovremena intervencija je izrazito važna jer značajno smanjuje pojavnost simptoma i samu smrtnost.

Ključne riječi: Aorta; Endokarditis; Transkateterska zamjena aortne valvule

IZNENADNO GASTROINTESTINALNO KRVARENJE U PACIJENTICE S KRONIČNOM IMUNOSNOM TROMBOCITOPENIJOM; PRIKAZ SLUČAJA

Ivan Benčić¹; Karlo Bukvić¹ Vjekoslav Cvitković²; Julija Žanetić (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Republika Hrvatska

2 – Dom Zdravlja Zagreb Zapad, Zagreb, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Ivan Benčić, ivan_bencic@hotmail.com

Uvod: Imunosna trombocitopenija (ITP) predstavlja autoimunu bolest obilježenu izoliranom trombocitopenijom i hemoragijskom diatezom. Najčešće manifestacije uključuju mukokutana krvarenja poput petehija, purpure i epistakse, dok su krvarenja iz gastrointestinalnog trakta rijetka i povezana s teškim oblicima bolesti. Pojava krvarenja u bolesnika s poznatom ITP često se pripisuje trombocitopeniji, što može dovesti do odgode dijagnostičke obrade i previda drugih uzroka krvarenja. S obzirom na rastuću incidenciju upalnih bolesti crijeva među mlađom populacijom, ulcerozni kolitis (UC) i Crohnova bolest su patološki entiteti koje je nužno uzeti u obzir u diferencijalnoj dijagnozi hematokezije.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 31 godine boluje od kronične ITP rezistentne na liječenje kortikosteroidnom terapijom i intravenskim imunoglobulinima unazad 11 godina. Razina trombocita trajno doseže vrijednost do $40 \times 10^9/L$. U anamnezi se ističe obiteljsko opterećenje trombocitopenijom te prethodna hospitalizacija radi krvarećeg žutog tijela. Bolest se kod pacijentice učestalo manifestira rekurirajućim epistaksama u trajanju od 45 minuta svakih par mjeseci. Javila se u ordinaciju obiteljskog liječnika radi pojave svježe krvi u stolici po prvi puta. S obzirom na izostanak tipičnih mukokutanih krvarenja u sklopu ITP-a, postavljena je sumnja na drugi uzrok hematokezije, te je bolesnica upućena na žurnu gastroenterološku obradu. Slikovnom dijagnostikom kompjutorizirane tomografije abdomena i male zdjelice nije utvrđen patomorfološki supstrat u crijevu. Povišeni fekalni kalprotektin u vrijednosti od $751 \mu g/g$ upućivao je na upalno zbivanje crijeva. Konsekutivnom kolonoskopijom i patohistološkom analizom tkiva potvrđena je dijagnoza ulceroznog proktitisa. Obrada je ukazala na blaži oblik bolesti sa indikacijom liječenja topičkim preparatima. Korištenje propisane terapije rezultiralo je kliničkom rezolucijom hematokezije.

Zaključak: Pojava hematokezije u bolesnika s kroničnim ITP, osobito u odsustvu tipičnih mukokutanih krvarenja, zahtijeva pažljivu diferencijalnu dijagnozu i isključenje drugih uzroka krvarenja. Prikazani slučaj ističe važnost razmatranja upalnih bolesti crijeva kao potencijalnog uzroka gastrointestinalnog krvarenja, posebno u mlađoj populaciji. Rana i adekvatna gastroenterološka obrada može pravovremeno dovesti do dijagnoze i liječenja pridruženih bolesti.

Glavne riječi: Gastrointestinalno krvarenje; Kolitis, ulcerozni; Purpura, trombocitopenična, idiopatska

KASNA AORTNA REGURGITACIJA NAKON TAVI-A USPJEŠNO LIJEČENA TAV-IN-TAV ZAHVATOM; PRIKAZ SLUČAJA

Gaia Wruss¹; Davorka Lulić^{1,2}; Lana Vivoda¹; Tomislav Jakljević^{1,2}

1 – Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Gaia Wruss, gwruss@student.uniri.hr

Uvod: Transkateterska implantacija aortalnog zaliska postala je terapija izbora za liječenje aortne stenoze u bolesnika za visokim operativnim rizikom. S porastom broja izvedenih zahvata, sve češće se susreću komplikacije u vidu degeneracije bioprotetskog zaliska. Cilj ovog prikaza slučaja je istaknuti ulogu TAV-in-TAV zahvata kao sigurnu terapijsku opciju u takvih bolesnika.

Prikaz slučaja: Prikazujemo 84-godišnjeg pacijenta koji je 2019. primljen na odjel Klinike za bolesti srca i krvnih žila radi transkateterske implantacije aortalnog zaliska (TAVI) zbog teške aortne stenoze pri čemu je implantirana bioproteza promjera 34 mm. Zbog perzistirajućeg AV bloka koji se razvio tijekom zahvata, implantiran je isti dan trajni elektrostimulator srca. Uspješnost TAVI zahvata potvrđena je transtorakalnom ehokardiografijom (TTE), koja je pokazala samo trag paravalvularne regurgitacije. Na posljednjoj kontroli u srpnju 2025. godine bolesnik je bio NYHA I, s funkcionalnom TAVI protezom. U prosincu je zaprimljen u KB Merkur zbog refraktorne srčane dekompenzacije. Liječen je intravenskim diureticima i inotropima/vazopresorima (noradrenalin i levosimendan), no terapija je prekinuta zbog pojave učestalih ventrikulskih ekstrasistola. Bolesnik je potom ponovno primljen u KBC Rijeka, gdje je zabilježen arterijski tlak od 95/50 mmHg uz obostranu plućnu kongestiju. TTE je pokazala tešku aortnu regurgitaciju, bez jasnog mehanizma nastanka uz uredne anterogradne gradijente preko zaliska. Transezofagealna ehokardiografija (TOE) prikazala je intraprotetsku ekscentričnu regurgitaciju uz nekoronarni kuspis te blagu paravalvularnu regurgitaciju. Učinjena je TAV-in-TAV, pri čemu je putem desne femoralne arterije implantirana proteza (26 mm + 1 ml) unutar prethodno ugrađene TAVI proteze. Uspješnost zahvata potvrđena je TTE-om, koja je pokazala vršni gradijent od 12 mmHg uz samo trag paravalvularne regurgitacije. Isti dan bolesnik je uspješno skinut s vazopresora te je postao respiratorno stabilan. Četvrtog dana nakon zahvata premješten je u rehabilitacijsku ustanovu.

Zaključak: Pažljiva procjena, detaljno planiranje i tehnička sposobnost ključni su za uspješno izvođenje TAV-in-TAV zahvata. Ovaj slučaj ističe ulogu TAV-in-TAV kod bolesnika s teškom aortnom regurgitacijom uzrokovanom degeneracijom listića nakon TAVI zahvata. Dugoročni ishodi zahtijevaju daljnje praćenje, no ovaj postupak predstavlja prihvatljivu opciju u bolesnika s visokim operativnim rizikom i strukturnim oštećenjem bioprotetskih zalistaka.

Ključne riječi: Aortna valvularna insuficijencija; Aortna valvularna stenoza; Transkateterska zamjena aortne valvule

PROLIFERATIVNI GLOMERULONEFRITIS S MONOKLONSKIM IMUNOGLOBULINSKIM DEPOZITIMA (PGNMID): DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI IZAZOVI U MONOKLONSKOJ GAMAPATIJI BUBREŽNOG ZNAČENJA (MGRS); PRIKAZ SLUČAJA

Sara Puškadija¹; Oliver Čolig¹; Tajana Grenko Malnar^{2,3}

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Zavod za hematologiju, Rijeka, Hrvatska

3 - Katedra za internu medicinu, Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Sara Puškadija, puskadija.sara03@gmail.com

Uvod: PGNMID podtip je MGRS-a, koji nastaje uslijed sinteze nefrotoksičnog monoklonskog proteina (M-proteina) u klonalnim B- ili plazma stanicama. Dijagnoza PGNMID-a zahtjevnija je zbog nespecifičnog bubrežnog oštećenja te činjenice da se M-protein i klonalne stanice odgovorne za bolest otkriju u samo trećine oboljelih, pa nerijetko ovisi isključivo o biopsiji bubrega. Budući da se radi o rijetkoj bolesti, postojeće smjernice preporučuju liječenje usmjereno na podliježeći klonalni poremećaj, dok za slučajeve bez dokaza klonalnosti nema usuglašenih preporuka.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 52 godine započela je obradu zbog perzistentne mikrohematurije i progresivne proteinurije s dominantnom albuminurijom. Opsežnom laboratorijskom obradom isključeni su podliježeći imunološki, infektivni i neoplastički uzroci, uključujući i plazmastaničnu diskraziju. Uslijed razvoja azotemije, normocitne anemije i arterijske hipertenzije, indicirana je biopsija bubrega, kojom je potvrđen PGNMID s monoklonskim depozitima imunoglobulina G, podrazreda 1, s κ (kapa) lakim lancem i obilnim mononuklearnim infiltratom, bez utvrđene klonalnosti. Analiza koštane srži i slikovne pretrage bile su uredne. Započeta je terapija inhibitorom angiotenzin-konvertirajućeg enzima i metilprednizolonom (0,5 mg/kg), no kortikosteroidi su nakon tri tjedna obustavljeni zbog izostanka terapijskog učinka. U daljnjem tijeku proteinurija je napredovala do subnephrotske razine (2,7 g dnevno), zbog čega je ponovljena biopsija bubrega, kojom je potvrđena inicijalna dijagnoza s uznapredovalim kroničnim glomerularnim promjenama. Na nefrološko-hematološkom konziliju, uzimajući u obzir prisutnost depozita imunoglobulina G razreda, odlučeno je empirijski provesti terapiju po protokolu bortezomib-ciklofosfamid-deksametazon (VCD) u osam ciklusa. Nakon provedene terapije zabilježena je regresija proteinurije (0,3 g dnevno) uz očuvanu bubrežnu funkciju. Tijekom daljnjeg praćenja proteinurija je porasla na početne vrijednosti te se razmatra uvođenje terapije održavanja temeljene na bortezomibu.

Zaključak: Budući da je MGRS nerijetko uzrokovan vrlo malim klonom koji vodi u terminalno bubrežno zatajenje, odluka o započinjanju terapije temelji se prvenstveno na kliničkoj slici i stupnju bubrežnog oštećenja. Iako monoklonski depoziti u bubregu nužno ne predstavljaju sustavnu klonalnu bolest, na primjeru naše bolesnice uočavamo da liječenje usmjereno na njih može biti uspješno i pružiti temelje za nastavak terapije održavanja.

Ključne riječi: Biopsija bubrega; Glomerulonefritis; Monoklonski protein (M-protein); Proteinurija

TRUDNOĆA U BOLESNICE S TRANSPLANTIRANIM BUBREGOM KOMPLICIRANA TEŠKOM PREEKLAMPSIJOM - PRIKAZ SLUČAJA

Vinka Cvetković¹; Božidar Vujičić² (mentor)

1 - Medicinski fakultet u Rijeci

2 - Katedra za internu medicinu, Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci

KORESPONDENTNI AUTOR: Vinka Cvetković, vinka.cvetkovic02@gmail.com

Uvod: Trudnoća u žena s transplantiranim bubregom smatra se visokorizičnom zbog povećane učestalosti hipertenzivnih poremećaja trudnoće, pogoršanja bubrežne funkcije i potencijalne ugroze funkcije presatka. Unatoč poboljšanim ishodima zahvaljujući suvremenom nefrološkom i opstetričkom praćenju, ove trudnoće i dalje zahtijevaju poseban oprez. Razvoj preeklampsije u ovoj skupini bolesnica predstavlja osobit klinički izazov, jer se njezine manifestacije često preklapaju s progresijom osnovne bubrežne bolesti, što otežava pravodobno postavljanje dijagnoze i donošenje odluka o vođenju trudnoće i vremenu njezina dovršenja.

Prikaz slučaja: Prikazana je bolesnica u ranim tridesetim godinama s anamnezom trombotičke trombocitopenične purpure te posljedične kronične bubrežne bolesti. U ranijoj trudnoći razvila je HELLP sindrom (engl. *Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*) nakon čega je trudnoća prekinuta, a bolesnica je liječena hemodijalizom. Podvrgnuta je bubrežnoj transplantaciji od živog srodnog darivatelja. Nakon transplantacije bubrega zabilježena je epizoda akutnog odbacivanja presatka potvrđena biopsijom, no daljnjim liječenjem postignuta je stabilna funkcija transplantata. Aktualna je trudnoća od početka vođena kao visokorizična uz redovite kontrole nefrologa i ginekologa. Tijekom trudnoće pacijentica je bila na stabilnoj imunosupresivnoj i antihipertenzivnoj terapiji. Do kasnog drugog tromjesečja bubrežni parametri bili su stabilni, bez proteinurije i značajnijih laboratorijskih odstupanja. U trećem tromjesečju dolazi do postupnog razvoja proteinurije, granične trombocitopenije i arterijske hipertenzije unatoč antihipertenzivnoj terapiji, uz naglo pogoršanje bubrežne funkcije s porastom serumskog kreatinina zbog čega je bolesnica hospitalizirana u 32. tjednu trudnoće u Klinici za ginekologiju i porodništvo, pri čemu nije bilo znakova fetalnog distresa. Zbog kliničke slike teške preeklampsije i ugroze funkcije transplantiranog bubrega indicirano je dovršenje trudnoće u 35. tjednu gestacije. Porod je induciran i protekao je uredno.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja naglašava složenost vođenja trudnoće u žena s transplantiranim bubregom i opterećenim nefrološkom anamnezom. Kontinuirano praćenje i individualni, multidisciplinarni pristup ključni su za pravodobno prepoznavanje komplikacija i donošenje odluka koje mogu očuvati funkciju presatka te osigurati povoljan ishod za majku i dijete.

Ključne riječi: HELLP sindrom; Kronična bubrežna bolest; Preeklampsija; Transplantacija bubrega; Trudnoća

KLINIČKA PREZENTACIJA DRESSLEROVA SINDROMA; PRIKAZ SLUČAJA

Tea Elez¹; Stjepan Goronja¹; Marko Host¹; Andrea Elez (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Opća bolnica Zadar, Zadar, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Tea Elez, tea.elez1809@gmail.com

Uvod: Dresslerov sindrom, također poznat kao post-infarktni sindrom, je upala perikarda i/ili pleure koja nastaje kao autoimuni odgovor tijela na oštećenje srčanog tkiva. Obično nastaje 2 do 11 tjedana nakon infarkta miokarda, perikardiotomije ili teže traume prsnog koša. Simptomi uključuju bol u prsima, febrilitet, te opći osjećaj slabosti. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike i vremena pojave simptoma nakon ozljede srca.

Prikaz slučaja: Pacijent u dobi od 59 godina, dugogodišnji pušač, dolazi samostalno na objedinjeni hitni bolnički prijem radi bolova u prsištu s iradijacijom prema leđima, koje osjeća zadnja dva do tri dana, uz dodatnu progresiju bolova u vratu i leđima na sam dan prijema, te prisutnost febriliteta. U podlozi tegoba bila je prisutna subakutna faza infarkta miokarda inferiorne lokalizacije (inicijalno visoka vrijednost troponina s regresivnom dinamikom) i perzistentne elevacije spojnice u inferiornim odvodima. Obzirom na izražene bolove, pri dolasku je napravljena hitna koronarografija kojom je nađena višežilna koronarna bolest i okludirana desna koronarna arterija na kraju silaznog segmenta. Rađena je perkutana koronarna intervencija s dilatacijom mjesta okluzije, no bez uspostave adekvatnog protoka u distalni segment žile zbog čega nije plasiran stent. Bolovi su ublaženi analgeticima, a njihova progresija na dan prijema je bila odraz razvoja postinfarktnog perikarditisa. Obzirom na razvoj febriliteta i prisutnost povišenih upalnih parametara pacijent je liječen empirijski antibiotikom, a uvođenjem ibuprofena i kolhicina u terapiju, prati se kompletna regresija tegoba i febriliteta te pad upalnih parametara. Poboljšanog općeg stanja pacijent se otpustio kući s preporukom da uzima propisanu terapiju. Planirana je ponovna hospitalizacija kroz mjesec dana radi rekoronarografije i intervencije na srednjem segmentu lijeve prednje silazne arterije.

Zaključak: Prikazani slučaj naglašava važnost razmatranja Dresslerova sindroma kao uzroka bolova u prsištu i febriliteta u subakutnoj postinfarktnoj fazi. Kod navedenog pacijenta, progresija bolova uz povišene upalne parametre, upućivala je na razvoj postinfarktnog perikarditisa. Pravodobno prepoznavanje simptoma te postavljanje dijagnoze omogućilo je adekvatno liječenje te u konačnici kliničko poboljšanje, regresiju upalnih parametara, te je spriječilo nastanak kliničkih komplikacija.

Ključne riječi: Bol u prsima; Febrilitet; Infarkt miokarda; Perikarditis

REZISTENTNA HIPERTENZIJA I SMEĐI TUMOR: KLASIČNI, ALI "ZABORAVLJENI" ZNACI PRIMARNOG HIPERPARATIREOIDIZMA; PRIKAZ SLUČAJA

Marija Mikić¹; Tiyya Selimović¹; Nevia Stanić¹; Lidija Orlić (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Republika Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Marija Mikić, marijamikic213@gmail.com

Uvod: Primarni hiperparatireoidizam (HPT) je endokrini poremećaj obilježen hipersekrecijom paratireoidnog hormona (PTH), što rezultira hiperkalcijemijom. Smeđi tumor kosti je rijetka, neneoplastična lezija nastala uslijed abnormalnog metabolizma kosti te predstavlja uznapredovali stadij neliječnog hiperparatireoidizma. Cilj ovog prikaza slučaja jest naglasiti važnost rane i sveobuhvatne dijagnostičke obrade bolesnika s kroničnom bubrežnom bolešću, u kojih primarni hiperparatireoidizam može godinama ostati neprepoznat te dovesti do teških koštanih promjena, uključujući smeđe tumore.

Prikaz slučaja: Pacijent je 68-godišnji muškarac kojemu su 2012. godine zabilježene izrazito povišene vrijednosti arterijskog tlaka, do 180/120 mmHg, uz slab odgovor na terapiju. Zbog povišenih bubrežnih parametara (kreatinin 202 $\mu\text{mol/L}$, ureja 13,7 mmol/L, glomerularna filtracija 42 ml/min/1,73 m²) postavljena je dijagnoza kronične bubrežne bolesti (KBB), stadija G3b. Pacijent se ponovno javio na kontrolu tek 2022. godine, kada je proširenom laboratorijskom obradom utvrđena povišena vrijednost PTH od 179,1 pmol/L i serumskog kalcija od 2,8 mmol/L, što je u kontekstu KBB-a ukazivalo na najvjerojatnije primarni hiperparatireoidizam. Ultrazvukom vrata prikazana je hipoehogena tvorba ispod lijevog reznja štitnjače koja je bila visoko suspektna za povećanu paratireoidnu žlijezdu. Dodatno je učinjena scintigrafija paratireoidnih žlijezda tehnicij-99m sestamibijem (Tc-99m-MIBI), kojom je potvrđen nalaz. Potom je bolesnik podvrgnut operativnom zahvatu, odstranjenju povećane paratireoidne žlijezde. Patohistološki je utvrđeno kako se radi o adenomu paratireoidne žlijezde, čime je potvrđena dijagnoza primarnog hiperparatireoidizma. Istodobno, zbog koštanih promjena desne potkoljenice učinjena je biopsija, kojom je potvrđen smeđi tumor u sklopu primarnog hiperparatireoidizma. Nakon učinjene ekstirpacije povećane paratireoidne žlijezde (u rujnu 2022.) dolazi do pada serumskog kalcija i vrijednosti PTH. Nažalost, zbog dugotrajne hiperkalcijemije došlo je do trajnog oštećenja bubrežne funkcije.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja naglašava važnost razmatranja primarnog HPT-a u diferencijalnoj dijagnozi kod pacijenata s rezistentnom hipertenzijom, bubrežnim oštećenjem i koštanim lezijama. Koštane manifestacije u sklopu primarnog hiperparatireoidizma su danas rijetka pojava jer se HPT može na vrijeme dijagnosticirati široko dostupnim biokemijskim testovima.

Ključne riječi: Hiperkalcijemija; Hiperparatireoidizam; Hipertenzija; Paratireoidne neoplazme; Paratireoidni hormon

RS3PE SINDROM- „ŠAPE POPUT MEDVJEDA“ – UPALNA ARTROPATIJA ILI PARANEOPLASTIČNA MANIFESTACIJA; PRIKAZ SLUČAJA

Dorotea Živalj¹; Katarina Valković¹; Felina Anić^{1,2}; Tanja Tatalović (Mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicine, Zavod za Reumatologiju i kliničku imunologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Dorotea Živalj, dzivalj@uniri.hr

Uvod: RS3PE sindrom (engl. *Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema*) rijetka je upalna artropatija koja je karakterizirana edemom dorzuma šaka i simetričnim artritismom malih zglobova šaka, te seronegativnim imunološkim statusom. U značajnom broju slučajeva predstavlja paraneoplastičnu manifestaciju što nam treba biti osnovna vodilja prilikom postavljanja osnovne dijagnoze.

Prikaz slučaja: Prikazat ćemo 73-godišnjeg pacijenta s anamnezom kronične bubrežne bolesti, arterijske hipertenzije te ranijom anamnezom urotelnog karcinoma mokraćnog mjehura. Krajem 12/2024. godine bit će pregledan putem hitne nefrološke ambulate radi naglog nastupa izraženog, simetričnog edema obje šake, bez edema donjih ekstremiteta i drugih sistemskih simptoma. U kliničkoj slici dominirao je edem kože i potkožja uz oteklinu i palpatornu bolnost malih zglobova šaka. U laboratorijskim nalazima verificirani su povišeni upalni parametri (leukociti, C-reaktivni protein), uz poznatu kroničnu bubrežnu bolest stadija G III te blagu anemiju kronične bolesti. Analizom tumorskih markera verificirana je povišena CYFRA. Imunološki markeri (reumatoidni faktor, protutijela na ciklički citrulinirani peptid i antinuklearna protutijela) bili su negativni. Na inicijalno učinjenom ultrazvuku šaka evidentiran je edem kože i potkožja uz jasan aktivni sinovitis II. stupnja na razini metakarpofalangealnih i proksimalnih interfalangealnih zglobova te tenosinovitis fleksornih tetiva. Kompjutorizirana tomografija toraksa pokazala je patološku limfadenopatiju u sva tri medijastinalna kompartimenta, a biopsijom limfnog čvora potvrđena je diseminirana metastatska bolest u sklopu urotelnog karcinoma. Započeto je liječenje srednjom dozom glukokortikoida (Decortin 20 mg) uz djelomičan klinički odgovor, a potom je radi dodatne kontrole bolesti i nemogućnosti smanjenja doze glukokortikoida uveden hidroksiklorokin, a zatim i metotreksat. U daljnjem tijeku onkološkog liječenja započeta je terapija inhibitorom kontrolnih točaka (checkpoint inhibitor) nivolumabom, uz daljnje pogoršanje artritisa malih zglobova šaka te pogoršanje kožne simptomatologije u vidu razvoja sklerodaktilije prstiju.

Zaključak: RS3PE sindrom rijetka je upalna artropatija koja većinom predstavlja paraneoplastičnu manifestaciju. Djelomičan klinički odgovor na glukokortikoide te hidroksiklorokin i metotreksat upućuje na terapijski rezistentan proces, dodatno kompromitiran istodobnom primjenom inhibitora kontrolnih točaka. S obzirom na nezadovoljavajuću kliničku remisiju, postavlja se pitanje otvaranja novih terapijskih mogućnosti, uključujući primjenu blokatora interleukina-6 (tocilizumaba).

Ključne riječi: Checkpoint inhibitori; Paraneoplastični sindromi; RS3PE sindrom

POSTPERIKARDIOTOMNI SINDROM U BOLESNIKA NA PERITONEJSKOJ DIJALIZI; PRIKAZ SLUČAJA

Ema Talan¹; Jelena Šimić²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinika za internu medicinu, Zavod za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju bubrega, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Ema Talan, ema.talan@gmail.com

Uvod: Postperikardiotomni sindrom (PPS) je klinički sindrom koji nastaje u sklopu autoimune upalne reakcije perikarda i pleure nakon kardiokirurške operacije. Klinički kriteriji za postavljanje dijagnoze PPS-a uključuju povišenu temperaturu, povišenje upalnih parametara te nastanak perikardijalnog i/ili pleuralnog izljeva ili njihovo pogoršanje unutar nekoliko tjedana od zahvata.

Prikaz slučaja: Šezdesetjednogodišnji bolesnik, koji se od ranije liječi peritonejskom dijalizom zbog terminalne bubrežne insuficijencije uslijed glomerulonefritisa, hospitaliziran je na Zavodu za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju bubrega zbog prisutnosti krvi u dijalizatu nejasnog uzroka, febriliteta i lijevostranog pleuralnog izljeva. Ranije istog mjeseca učinjen je kardiokirurški zahvat implantacije biološke mitralne valvule. U ranom postoperativnom periodu, bolesnik je umjesto peritonejskom dijalizom liječen hemodijalizom. Nakon stabilizacije stanja ponovno je započeta peritonejska dijaliza, po čemu je bolesnik primijetio krv u dijalizatu. Postoperativno uvedeni varfarin je po prijemu zamijenjen enoksaparinom u prilagođenoj dozi, te se nastavilo s postoperativno uvedenom profilaksom ciprofloksacinom. Zbog febriliteta i visokih upalnih parametara uveden je i vankomicin, a potom i meropenem. Učinjena je mikrobiološka analiza uzoraka krvi, urina i dijalizata, čiji nalazi pristižu sterilni. Laboratorijska analiza dijalizata također nije upućivala na infektivni peritonitis. U daljnjem tijeku, nastavkom redovitog provođenja peritonejske dijalize postiže se spontano razbistravanje dijalizata, no unatoč parenteralnoj antibiotskoj terapiji i negativnim mikrobiološkim kulturama, febrilitet perzistira. Učinjen je ultrazvuk srca kojim je isključen infektivni endokarditis, no ustanovljen je novonastali perikardijalni izljev te je postavljena sumnja na postperikardiotomni sindrom. S obzirom na to da je pacijent alergičan na sve nesteroidne antireumatike, uvedena je terapija metilprednizolonom, nakon čega je bolesnik postao afebrilan uz pad upalnih parametara. Ehokardiografski, u kontrolnom intervalu od 7 dana, utvrđena je regresija perikardijalnog izljeva.

Zaključak: U bolesnika s perzistentnim febrilitetom koji ne reagira na antibiotsku terapiju i kardiokirurškim zahvatom u anamnezi, važno je pravodobno posumnjati na postperikardiotomni sindrom radi adekvatnog liječenja i bržeg oporavka. PPS je imunološki posredovan serozitis koji tipično zahvaća perikard i pleuru, no zajedničko mezotelno podrijetlo seroznih membrana pruža patofiziološku osnovu za zahvaćanje i peritoneuma, što bi objasnilo inicijalnu kliničku sliku ovog bolesnika.

Ključne riječi: Hematoperitonej; Peritonejska dijaliza; Postperikardiotomni sindrom

IZAZOVI LIJEČENJA SISTEMSKOG ERITEMSKOG LUPUSA; PRIKAZ SLUČAJA

Elena Vujnović¹; Lara Milostić¹; Ela Štimac¹; Dora Palčevski (Mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za reumatologiju i kliničku imunologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Elena Vujnović, evujnovic@uniri.hr

Uvod: Sistemski eritemski lupus (SLE) je kronična autoimuna bolest koja zahvaća višestruke organske sustave. Patofiziološki uključuje proizvodnju autoantitijela i imunokompleksa, što dovodi do upale i oštećenja tkiva te posljedično vrlo heterogene kliničke slike. Anifrolumab je monoklonoalno protutijelo koje, blokirajući interferon alfa/beta receptor 1 (IFNAR1), ciljano inhibira tip I interferonsku signalizaciju, ključnu u patogenezi autoimune upale kod SLE.

Prikaz slučaja: 22-godišnja pacijentica prvi se put javila reumatologu u prosincu 2021. godine zbog povremenih bolova i zakočenosti malih zglobova šaka. U anamnezi se navodi reaktivna limfadenopatija vrata tijekom prethodne godine. Laboratorijski su utvrđena pozitivna antinuklearna antitijela (ANA) i značajno povišena protutijela protiv dvostruko uvrnute DNA (anti-dsDNA, 373,95 IU/mL). Na temelju artritisa, pozitivnih autoantitijela i limfadenopatije postavljena je dijagnoza sistemskog eritemskog lupusa. Inicijalno je liječena hidroksiklorokinom, koji je izazvao alergijsku reakciju te je ukinut iz terapije, nakon čega je liječena prednizonom u dozi od 20 mg. Na pokušaje smanjivanja doze prednizona dolazi do pogoršanja simptoma. Tijekom praćenja pacijentica ima povremene subfebrilitete, slobodnu tekućinu u abdomenu, razvija leptirasti i palmarni eritem te hematološke manifestacije (autoimunu hemolitičku anemiju i leukopeniju s limfopenijom). Zbog pogoršanja artritisa i kožnih promjena, u svibnju 2022. godine uveden je azatioprin, uz djelomično poboljšanje, no uz ponovno pogoršanje simptoma pri smanjivanju doze prednizona. U kolovozu 2023. godine uveden je ciklosporin koji je pacijentica dobro podnosila, no uz perzistiranje simptoma. Zbog daljnje progresije bolesti, u studenom 2023. godine započeta je terapija anifrolumabom, uz nastavak ciklosporina i prednizona, što je dovelo do značajnog poboljšanja kožnih i zglobnih simptoma. Od lipnja 2025. pacijentica više ne uzima prednizon, stabilnog je stanja, bez artralgijske i kožnih promjena, te urednih hematoloških parametara. Anifrolumab se redovno primjenjuje svaka četiri tjedna.

Zaključak: Prikazani slučaj ilustrira kompleksnost sistemskog eritemskog lupusa, s promjenjivom aktivnošću bolesti i zahvaćanjem više organskih sustava. Primjena anifrolumaba u pacijentice sa lošim odgovorom na standardnu terapiju dovela je do stabilizacije bolesti, regresije kožnih i zglobnih simptoma te smanjenja potrebe za glukokortikoidima.

Ključne riječi: Anifrolumab; Antinuklearna antitijela; Monoklonoalno protutijelo; Sistemski eritemski lupus

ANAFILAKSIJA NA OTROV PČELE KAO PREZENTACIJA INDOLENTNE SISTEMSKE MASTOCITOZE I IZAZOVI U LIJEČENJU; PRIKAZ SLUČAJA

Gabrijela Šoštarić¹; Klaudia Tomišić¹, Maša Vujnović¹, Ivan Marković (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Specijalna bolnica za plućne bolesti, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Gabrijela Šoštarić, gabrijela.sostaric26@gmail.com

Uvod: Sistemska mastocitoza (SM) je rijedak poremećaj karakteriziran abnormalnim nakupljanjem mastocita u koštanoj srži i drugim organima, s varijabilnom kliničkom prezentacijom od indolentne bolesti do agresivnih hematoloških neoplazija. Indolentna SM često se očituje anafilaksijom. Cilj je ovog rada prikazati dijagnostički postupak i izazove liječenja u bolesnika sa SM i anafilaksijom na otrov pčele.

Prikaz slučaja: 36-godišnji bolesnik s opetovanom anafilaksijom nakon uboda pčele javlja se alergologu radi specifične imunoterapije otrovom (eng. venom immunotherapy - VIT). Inicijalnom obradom potvrđena je senzibilizacija na otrov pčele (specifični IgE 1,56 kIU/L, ref. <0,35 kIU/L) te je otkrivena povišena bazalna razina serumske triptaze (23,7 µg/L, ref. <11 µg/L). Dokazana je potom D816V mutacija c-kit gena u perifernoj krvi te je bolesnik upućen hematologu. Mijelogram je pokazao normocelularnu koštanu srž s umnoženom granulopoezom. Imunofenotipizacijom je potvrđena dominacija granulocitne loze (69%) uz uredan udio limfocita (16%), manje od 1% mijeloblasta, bez detekcije patoloških mastocita. Međutim, patohistološkim pregledom biopтата kosti nađeno je osam kompaktnih nakupina vretenastih mastocita (>15 stanica), imunohistokemijski pozitivnih na CD117 i CD2. Postavljena je dijagnoza indolentne SM te je, s obzirom na uredne ostale loze i odsutnost hepatosplenomegalije, indicirano hematološko praćenje. Započeta je VIT pripravkom Alutard SQ bee uz standardni 15-tjedni protokol uvođenja koji je protekao bez komplikacija. Godinu dana nakon postizanja doze održavanja (100 mcg otrova mjesečno) bolesnik je nakon uboda pčele ponovno razvio anafilaksiju. Test aktivacije bazofila bio je pozitivan na otrov pčele, a negativan na otrov ose, čime je otklonjena sumnja da se radilo o ubodu drugog insekta. S obzirom na probojnu anafilaksiju nastavljena je VIT dvostrukom dozom otrova (200 mcg). Prema smjernicama polovica doze primjenjuje se depot pripravkom Alutard SQ, a druga polovica vodenim pripravkom Venomenhal.

Zaključak: Ovaj prikaz naglašava važnost probira na SM u bolesnika s anafilaksijom na otrov insekata. Učinkovitost VIT u SM, napose kod anafilaksije na otrov pčele, može biti smanjena, što nalaže modifikaciju terapije.

Ključne riječi: Anafilaksija; Desenzibilizacija, imunološka; Mastocitoza, sistemska

POGODI KOJI: POREMEĆAJ ELEKTROLITA NAKON INTRAVENSKE PRIMJENE ŽELJEZA U BOLESNIKA S ANEMIJOM – PRIKAZ SLUČAJA

Niko Kirinčić¹, Duška Petranović^{1,2}, Roko Pirović¹, Natalija Frančin¹

1 - Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Zavod za hematologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

Uvod: Posthemoragijska sideropenična anemija je česti nalaz uzrokovan akutnim ili kroničnim gubitkom krvi, što dovodi do iscrpljenih zaliha željeza i poremećene eritropoeze. U bolesnika s umjerenom do teškom anemijom ili neadekvatnim odgovorom na peroralnu terapiju željezom, intravenska (IV) nadoknada željeza predstavlja učinkovitu i brzu terapijsku opciju. Iako je uglavnom sigurna, IV terapija željezom rijetko može biti povezana s hipofosfatemijom, potencijalno ozbiljnom nuspojavom koja, ako se pravodobno ne prepozna, može dovesti do mišićno-koštanih, neuroloških i kardiovaskularnih komplikacija.

Prikaz slučaja: Bolesnik se javlja s posthemoragijskom sideropeničnom anemijom, uz početne laboratorijske nalaze hemoglobina (Hb) 102 g/L i izrazito sniženog serumskog željeza (Fe 3 μ mol/L). S obzirom na kliničku težinu anemije započeta je IV terapija željezom te je bolesnik primio jednokratnu infuziju 1000 mg ferikarboksimaltoze. Ubrzo nakon liječenja razvili su se simptomi poput izraženoga umora, slabosti te difuzne koštane i mišićne boli koji su slabo odgovarali na analgetike. Kontrolni laboratorijski nalazi pokazali su odgovarajući porast hemoglobina i parametara željeza, ali i razvoj značajne hipofosfatemije (serumski fosfati 0,54 mmol/L). Unatoč dijetetskim mjerama i peroralnoj nadoknadi fosfata, simptomi su perzistirali, a razine fosfata nastavile su padati, dosegnuvši najnižu vrijednost od 0,34 mmol/L, dok se hematološki oporavak nastavljao (Hb porastao na 128 g/L). Tijekom tog razdoblja bolesnik je ostao simptomatičan uz trajnu slabost i mišićno-koštane bolove. Uz nastavak praćenja i potporno liječenje, tijekom sljedećih tjedana zabilježeno je postupno kliničko poboljšanje. Na završnoj kontroli bolesnik je bio dobrog općeg stanja, uz potpuni nestanak simptoma, normalizaciju serumskih fosfata i stabilne hematološke parametre (Hb 147 g/L).

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja podiže svijest o tome kako vrlo učinkovita IV terapija željezom može biti povezana s teškom i dugotrajnom hipofosfatemijom. Kliničke manifestacije mogu biti izražene i ne moraju se odmah prepoznati kao posljedica terapije. Rutinsko praćenje razina serumskih fosfata, osobito nakon primjene visokih doza intravenskog željeza, ključno je za rano otkrivanje i prevenciju potencijalno ozbiljnih komplikacija.

Ključne riječi: Anemija; Ferikarboksimaltoza; Hipofosfatemija; Nedostatak željeza

MULTISISTEMSKA MANIFESTACIJA FABRYJEVE BOLESTI: OD HEMODIJALIZE DO TRANSPLANTACIJE BUBREGA I CEREBROVASKULARNOG INCIDENTA; PRIKAZ SLUČAJA

Maša Vujnović¹; Gabrijela Šoštarić¹; Hope Zubak¹; Božidar Vujičić (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu, Zavod za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju bubrega, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Maša Vujnović, vuj.masa@gmail.com

Uvod: Fabryjeva bolest (Anderson-Fabryjeva bolest) rijedak je nasljedni poremećaj iz skupine lizosomskih bolesti nakupljanja, uzrokovan mutacijama GLA gena na X kromosomu. Posljedični manjak ili disfunkcija enzima alfa-galaktozidaze A dovodi do nakupljanja globotriaolceramida u krvnim žilama, bubrezima, srcu, koži i živčanom tkivu.

Prikaz slučaja: Pacijent s dugogodišnjom anamnezom ponavljanih upala bubrega razvio je kroničnu bubrežnu bolest, prvi put dokumentiranu 1995. godine. Zbog progresije bolesti 2007. godine ulazi u terminalno bubrežno zatajenje te započinje redoviti program hemodijalize. Tijekom praćenja razvija teške endokrinološke i koštane komplikacije. U travnju 2014. godine učinjena je subtotalna paratiroidektomija, no unatoč zahvatu perzistentno su povišene razine paratiroidnog hormona. U lipnju 2014. godine pacijent je hospitaliziran zbog otežanog disanja, bolova u prsima i općeg pogoršanja stanja. Obradom su isključene plućna embolija i infektivni uzroci, no utvrđena je teška kardiološka dekompenzacija s intersticijskim plućnim edemom, bilateralnim pleuralnim izljevima te hipertrofičnom kardiomiopatijom uz reduciranu sistoličku funkciju. Na višeslojnoj kompjuteriziranoj tomografiji (MSCT-u) pluća opisane su multiple nodularne lezije suspektne za metastatsku bolest, ali unatoč opsežnoj onkološkoj obradi histološka potvrda maligniteta nije dobivena. Zbog multisistemskih manifestacija u prosincu 2014. godine učinjeno je testiranje na Fabryjevu bolest, pri čemu je dokazana niska aktivnost alfa-galaktozidaze i potvrđena patogena mutacija. Time je objašnjen dotadašnji tijek bolesti s bubrežnim, srčanim i vaskularnim zahvaćanjem. Godine 2018. pacijentu je učinjena kadaverična transplantacija bubrega s dobrim funkcijskim ishodom. U prosincu 2025. godine hospitaliziran je zbog ishemijskog moždanog udara, koji se tumači kao posljedica Fabryjeve bolesti i kardiovaskularnog opterećenja.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja ističe da, iako rijetka, Fabryjeva bolest i dalje postoji te može biti uzrok teških multisistemskih manifestacija. Heterogena i dugo neobjašnjena klinička slika s bubrežnim, kardiološkim i cerebrovaskularnim zahvaćanjem zahtijeva visoku razinu kliničke sumnje. Pravodobno prepoznavanje bolesti ključno je za ranije postavljanje dijagnoze, odgovarajuće liječenje i poboljšanje ishoda bolesnika.

Ključne riječi: Fabryjeva bolest; Lizosomske bolesti nakupljanja; Transplantacija bubrega

OD AHALAZIJE DO MEGAEZOFOGUSA: POSLJEDICA DUGOGODIŠNJEG NELIJEČENJA; PRIKAZ SLUČAJA

Mia Lozić¹; Lucija Pešo¹; Ivana Tolić¹; Marija Grković^{1 2}

1 – Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Katedra za internu medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

KORESPODENTNI AUTOR: Mia Lozić, mia.lozic@student.uniri.hr

Uvod: Ahalazija je kronični poremećaj motiliteta jednjaka obilježen izostankom peristaltike i neadekvatnom relaksacijom donjeg jednjačnog sfinktera. Najčešće se očituje disfagijom i regurgitacijom, a u uznapredovalim stadijima može dovesti do razvoja megaezofagusa, koji se rijetko manifestira hematemezom. Dijagnoza se postavlja manometrijom i radiološkom pasažom jednjaka, dok je liječenje usmjereno na smanjenje tlaka u donjem jednjačnom sfinkteru endoskopskim ili kirurškim metodama.

Prikaz slučaja: Pedesetogodišnji bolesnik, ranije zdrav i bez kronične terapije, upućen je gastroenterologu nakon pregleda u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu zbog bolova u donjem dijelu abdomena i povraćanja tamnog, hematiziranog sadržaja, nakon čega su uslijedile dvije kratkotrajne sinkope. Anamnestički navodi disfagiju za krutu hranu uz potrebu obilnog unosa tekućine tijekom obroka, prisutnu posljednjih 15 godina. Ranije je učinjena ezofagogastroduodenoskopija (EGDS) kojom je utvrđeno suženje jednjaka, bez daljnjeg praćenja ili liječenja. Pri prijemu je bio hemodinamski stabilan uz blagu hipotenziju (100/60 mmHg). Laboratorijskim nalazima utvrđena je anemija uz izolirano povišenu vrijednost ureje, što je upućivalo na gastrointestinalno krvarenje. Hitnom EGDS utvrđen je izrazito dilatiran jednjak ispunjen starim hematiziranim sadržajem i ostacima hrane, uz otežanu prohodnost ezofagogastričnog spoja. U daljnjoj obradi učinjena je ponovljena EGDS s biopsijama, a provedene su i radiološka pasaža jednjaka s kontrastom te kompjutorizirana tomografija (CT) toraksa i abdomena. CT je prikazao vrećasto proširen i vijugav jednjak promjera do 7 cm uz kompresijsku atelektazu donjeg režnja desnog pluća, dok je radiološka pasaža pokazala filiformno suženje distalnog dijela jednjaka uz dugotrajno zadržavanje kontrasta. Patohistološkom analizom utvrđeni su rijetki, nepravilno raspoređeni gangliji. Bolesnik je prikazan multidisciplinarnom timu te je upućen na kirurško liječenje. Učinjena je ezofagektomija uz piloroplastiku i formiranje hranidbene jejunostome, uz uredan postoperativni tijek.

Zaključak: Dugotrajno neliječena ahalazija može progredirati u dekompenzirani megaezofagus s ozbiljnim komplikacijama, pri čemu pravodobno kirurško liječenje ima ključnu ulogu u zbrinjavanju uznapredovale bolesti.

Ključne riječi: Ahalazija; Hematemeza; Megaezofagus; Poremećaji motiliteta jednjaka

KORONARNA BOLEST SRCA U OBITELJSKOJ HIPERKOLESTEROLEMIJI: PRIKAZ SLUČAJA FATALNOG SLIJEDA KARDIOVASKULARNIH DOGAĐAJA UZROKOVANOG NEPRIDRŽAVANJEM TERAPIJE S RAZVOJEM UZNAPREDOVALOG ZATAJENJA SRCA

Lara Žubrinić¹; Koraljka Benko, dr. med.^{2,3} (Mentor); Natalija Volgemut¹; Klaudija Tomišić¹

1 - Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

2 - Zavod za kardiomiopatije, bolesti zalistaka i zatajivanje srca, Klinički bolnički centar Rijeka

3 - Katedra za internu medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

KORESPONDENTNI AUTOR: Lara Žubrinić, lzubrinic@student.uniri.hr

Uvod: Obiteljska heterozigotna hiperkolesterolemija (HeFH) genetska je bolest obilježena povišenim razinama LDL-kolesterola i povećanim rizikom za rani razvoj ateroskleroze. Brojna istraživanja potvrđuju da rana dijagnoza i adherencija terapiji statinima značajno smanjuju kardiovaskularni morbiditet i mortalitet. Međutim, podaci o dugoročnim posljedicama neadherencije terapiji u mlađih bolesnika su ograničeni. Prikazujemo mladog bolesnika s HeFH kod kojeg je neadherencija terapiji dovela do ponavljanih infarkta miokarda i razvoja uznapređovalog zatajenja srca. Cilj prikaza je naglasiti važnost rane dijagnoze, kontinuiranog praćenja i dugoročne adherencije terapiji.

Prikaz slučaja: 37-godišnji muškarac s poznatom dijagnozom HeFH dolazi na hitni prijem zbog progresivne dispneje i ortopneje. Po dolasku tahikardan (105/min), a ultrazvučnim pregledom utvrđeni su obostrani pleuralni izljevi. Elektrokardiogram je pokazao ST-depresije inferolateralnih odvoda. Uz povišene vrijednosti NT-proBNP-a (62929 ng/L), troponina I (2304 ng/L) i troponina T (215 ng/L), postavljena je dijagnoza infarkta miokarda bez ST-elevacije, kompliciranog akutnim zatajenjem srca. U ranijoj anamnezi, tri hospitalizacije zbog infarkta miokarda (2014., 2018. i 5/2022.). Liječen perkutanom koronarnom intervencijom na prednjoj silaznoj arteriji (LAD) 2014., 2018. i 2022.; prvoj dijagonalnoj grani i desnoj koronarnoj arteriji 2018.; na cirkumfleksnoj arteriji (LCx) i intermedijarnoj grani 2022. Tijekom praćenja bilježi se progresivno sniženje istisne frakcije lijeve klijetke (EF) s 50% 2018. na 35% 2022., uz dokumentiranu dugotrajnu neadherenciju na ukupnu propisanu terapiju. Prilikom recentne hospitalizacije, transtorakalnom ehokardiografijom verificirana je dilatacija lijevog atrija i lijeve klijetke uz regionalne poremećaje kontraktiliteta i tešku sistoličku disfunkciju (EF 20%). Koronarografijom je utvrđena difuzna ateroskleroza s kroničnim totalnim okluzijama LAD-a i distalnog LCx-a. Magnetska rezonanca potvrdila je opsežnu ishemijsku fibrozu u 12/17 segmenata. Lipidogram je pokazao izrazitu hiperkolesterolemiju (ukupni kolesterol 12,6 mmol/L; LDL 10,0 mmol/L). Nakon stabilizacije bolesnik je upućen u referentni centar za liječenje uznapređovalog zatajenja srca i transplantaciju.

Zaključak: Prikaz pokazuje da neadherencija terapiji u bolesnika s HeFH, čak i u uvjetima dostupnog suvremenog liječenja, može dovesti do brzog razvoja ireverzibilnog oštećenja miokarda i potrebe za naprednim liječenjem zatajenja srca i transplantacijom. Naglašava se ključna uloga rane edukacije bolesnika i dugoročna adherencija terapiji.

Ključne riječi: Adherencija; Infarkt miokarda; Obiteljska Hiperkolesterolemija; Perkutana koronarna intervencija

TRUDNOĆA U BOLESNICE S POLICITEMIJOM VEROM I PORTALNOM HIPERTENZIJOM; PRIKAZ SLUČAJA

Iris Hrelja¹; Lucija Ćorković¹; doc.dr.sc. Neven Franjić (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za hematologiju Klinike za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Iris Hrelja, ihrelja@uniri.hr

Uvod: Policitemija vera (PV) kronična je mijeloproliferativna neoplazma najčešće povezana s mutacijom Janus kinaze 2 (JAK2 V617F) i povećanim rizikom od tromboze. U žena fertilne dobi, osobito tijekom trudnoće, trombotski rizik dodatno raste zbog fiziološke hiperkoagulabilnosti, dok istodobno postoji opasnost od krvarenja iz portosistemskih kolaterala. Stoga vođenje trudnoće u PV-u zahtijeva pažljivo balansiranje trombotskog i hemoragijskog rizika uz multidisciplinarni nadzor.

Prikaz slučaja: Bolesnica rođena 1992. godine obrađena je u ranoj trudnoći 2017./2018. zbog portalne hipertenzije. Ultrazvučno je dokazana splenomegalija i kavernoza transformacija portalne vene nakon tromboze, uz portosistemske kolaterale te trajnu portalnu i lienalnu trombozu. Dokazana je mutacija JAK2 V617F, iako su inicijalno vrijednosti eritrocita i kompletna krvna slika bili uredni. Unatoč tromboprolifaksi niskomolekularnim heparinom (NMH), prva trudnoća završila je spontanom pobačajem. Biopsija koštane srži 2019. upućivala je na kroničnu mijeloproliferativnu neoplazmu, prvenstveno PV, s 2,5% nezrelih prekursora. U drugoj trudnoći zabilježene su komplikacije u vidu placentarne insuficijencije, teškog zastoja rasta ploda i preeklampsije, a unatoč NMH-u 2023. je došlo do spontanog pobačaja. Zbog redukcije opterećenja mutacijom JAK2, 2023. uveden je pegilirani interferon alfa (90 mcg), privremeno obustavljen zbog autoimunog tireoiditisa, a ponovno uveden u ožujku 2024. (45 mcg) uz titraciju doze svaka dva tjedna zbog prolaznog porasta jetrenih enzima. Tijekom treće trudnoće bolesnica je primala interferon, NMH (Clexane), acetilsalicilnu kiselinu i propranolol. Trudnoća je dovršena u 38. tjednu elektivnim carskim rezom; rođeno je živo žensko novorođenče (2580 g, 47 cm, Apgar 10/10).

Zaključak: Primjena interferona, uz pomno praćenje nuspojava i multidisciplinarni pristup, omogućila je povoljan ishod trudnoće u bolesnice s visokorizičnom PV i izraženim posttrombotskim komplikacijama. Slučaj upućuje na to da ciljano hematološko liječenje može smanjiti rizik placentarne insuficijencije i nepovoljnih ishoda u bolesnica s opterećenom opstetričkom anamnezom.

Ključne riječi: Interferon-alfa; Policitemija vera; Tromboza portalne vene; Trudnoća

MIKRONUTRIJENTI I DEBLJINA: PROCJENA STATUSA VITAMINA B12 I FOLNE KISELINE U ODRASLIH OSOBA S DEBLJINOM; ISTRAŽIVANJE

Tea Drndelić¹; prof. dr. sc. Sanja Klobučar dr. med. (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – KBC Rijeka, Medicinske fakultet, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Tea Drndelić, tead55555@gmail.com

Uvod: Debljina je često praćena metaboličkim poremećajima koji mogu utjecati na status mikronutrijenata. Među njima, vitamin B12 i folna kiselina imaju važnu ulogu u regulaciji energije i kardiometaboličkom zdravlju. Novija istraživanja upućuju na to da osobe s debljinom mogu imati povećan rizik od nedostatka ovih vitamina zbog promijenjenih prehrambenih navika, smanjene apsorpcije i kronične upale niskog stupnja. Cilj ovog istraživanja je procijeniti status vitamina B12 i folne kiseline u odraslih osoba s debljinom te ispitati povezanost razine mikronutrijenata s antropometrijskim mjerama i metaboličkim pokazateljima.

Materijali i metode: Bit će provedena retrospektivna presječna analiza među odraslim osobama s debljinom uvidom u elektroničke medicinske kartone pacijenata upućenih u Ambulantu za debljinu KBC Rijeka. Prikupit će se antropometrijski podaci (ITM, opseg struka, udio masnog tkiva, količina visceralnog masnog tkiva) i laboratorijski parametri (koncentracija vitamina B12 i folne kiseline, lipidni profil, glukoza natašte). Za ispitivanje odnosa između statusa mikronutrijenata i antropometrijskih varijabli koristit će se korelacijske i regresijske analize.

Rezultati: Preliminarni rezultati pokazuju veću učestalost suboptimalnih razina vitamina B12 i folne kiseline kod osoba s debljinom u usporedbi s referentnim vrijednostima.

Rasprava: Dobiveni rezultati u skladu su s prethodnim istraživanjima koja ukazuju na povećan rizik od nedostatka vitamina B12 i folne kiseline u osoba s debljinom. Mogući mehanizmi uključuju niži unos nutritivno bogate hrane, promjene u metabolizmu i apsorpciji mikronutrijenata te utjecaj kronične upale povezane s prekomjernim masnim tkivom. Uočene povezanosti s antropometrijskim i metaboličkim pokazateljima sugeriraju da poremećen status ovih vitamina može imati ulogu u razvoju kardiometaboličkih komplikacija debljine. Međutim, zbog presječnog dizajna istraživanja nije moguće utvrditi uzročno-posljedične odnose, što predstavlja ograničenje ove studije.

Zaključak: Odrasle osobe s debljinom mogu imati povećan rizik od poremećaja statusa vitamina B12 i folne kiseline. Ovi nalazi naglašavaju važnost rutinske procjene mikronutrijenata u osoba s debljinom te ukazuju na potrebu za daljnjim istraživanjima kako bi se razjasnili uzročni mehanizmi i oblikovale odgovarajuće prehrambene intervencije.

Ključne riječi: Folna kiselina; Pretilost; Vitamin B 12

TOKSIČNA LEZIJA JETRE USLIJED TERAPIJE LATENTNE TUBERKULOZE IZONIAZIDOM; PRIKAZ SLUČAJA

Aja Džaferović¹, Luka Goluban¹, Chiara Viktoria Grbeša¹, Marija Grković², dr. med

1 - Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu, Zavod za gastroenterologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Aja Džaferović, e-mail: adzaferovic@student.uniri.hr

Uvod: Isoniazid je jedan od temeljnih lijekova u liječenju tuberkuloze, no njegova primjena može biti praćena razvojem ozbiljnih nuspojava, među kojima se osobito ističe hepatotoksičnost. Rizik od oštećenja jetre povećan je u starijih bolesnika, osoba s komorbiditetima i polifarmacijom te kod nepridržavanja preporučenog laboratorijskog praćenja tijekom terapije. Cilj je rada prikazati specifičnu nuspojavu primjene lijeka izoniazida, odnosno nastanak toksične lezije jetre uslijed terapije izoniazidom te način dijagnostike i liječenja.

Prikaz slučaja: Pacijent u dobi od 59 godina samostalno dolazi na hitni prijam zbog žute diskoloracije očiju, tamnog urina i akolične stolice u trajanju od 6 dana. Pacijent negira bolove i druge tegobe. U kroničnoj terapiji, uz febukostat, sitagliptin, perinodopril-tert-butilamin amlosipinbesilat i metformin navodi i terapiju izoniazidom zbog pozitivnog kvantiferonskog testa. Negira preporučeno kontroliranje jetrenih nalaza. Tijekom posljednja četiri dana samoinicijativno je isključio terapiju izoniazidom zbog uočenog žutila kože. Pri hospitalizaciji pacijent se prezentira ikteričnom kožom, sklerama i sluznicama, uz bezbolnu i nepalpabilnu jetru. U prilog toksičnoj leziji jetre govore učinjeni laboratorijski nalazi u kojima se zamjećuju izrazito povišene vrijednosti jetrenih transaminaza i bilirubina, uz očuvanu sintetsku funkciju jetre. Učinjenim ultrazvukom abdomena nalazi se hepatomegalija uz uvećan lijevi režanj jetre, bez vidljivih fokalnih lezija. Po uvođenju terapije metilprednizolonom stanje pacijenta se poboljšava uz značajan pad nalaza jetrenih transaminaza i bilirubina te bolesnik, dobrog općeg stanja, biva otpušten kući uz preporuku hepatoprotektivne dijabetične dijeta, postupno smanjivanje terapije metilprednizolonom do ukidanja te pregled pulmologa u svrhu izdavanja nove antituberkulozne terapije.

Zaključak: Pravodobno prepoznavanje kliničkih znakova, isključenje drugih uzroka hepatopatije te ukidanje terapije izoniazidom, uz uvođenje kortikosteroidne terapije, rezultirali su brzim kliničkim i laboratorijskim poboljšanjem. Važno je naglasiti redovito praćenje jetrenih enzima tijekom terapije izoniazidom, kao i značaj edukacije bolesnika o mogućim nuspojavama. Pravodobna dijagnostika i adekvatno liječenje ključni su za sprječavanje razvoja teškog oštećenja jetre i nepovoljnog ishoda.

Ključne riječi: Hiperbilirubinemija; Isoniazid; Ikterus; Toksična lezija jetre; Povišene jetrene transaminaze

ULOGA VOKLOSPORINA U LIJEČENJU LUPUSNOG NEFRITISA; PRIKAZ SLUČAJA

Antonio Perišić¹; Petar Panjak¹; Lucija Vargović¹; Filip Mirić²(Mentor)

1 – Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički Bolnički Centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Antonio Perišić, a.perisic02@gmail.com

Uvod: Sistemska eritematski lupus (SLE) je kronična autoimuna bolest vezivnog tkiva obilježena stvaranjem autoantitijela i imunoloških kompleksa koji mogu zahvatiti više organskih sustava, uključujući kožu, zglobove, bubrege, središnji živčani sustav i hematopoetski sustav. Lupusni nefritis predstavlja bubrežnu manifestaciju SLE-a, a karakterizira ga imunološki posredovana upala glomerula nastala taloženjem imunoloških kompleksa, što može dovesti do proteinurije, hematurije, smanjenja bubrežne funkcije i razvoja kronične bubrežne bolesti. Cilj rada je istaknuti kako novouvedena terapijska opcija može povoljno utjecati na klinički tijek bolesti.

Prikaz slučaja: Pedesetogodišnji pacijent javlja se u nefrološku ambulantu zbog nagle pojave edema i boli u području donjih ekstremiteta i smanjene tolerancije napora. Fizikalnim pregledom uočene su eritematozne promjene na šakama i nogama, otok lijevog gležnja i subfebrilitet. Unazad osam godina pacijent se prezentirao edemom potkoljenica i stopala te učinjenom patohistološkom analizom je postavljena dijagnoza membranske nefropatije. Od tada nije imao sličnih simptoma sve do dolaska u nefrološku ambulantu. Započeta je terapija solumedrolom te su uzeti uzorci za patohistološku analizu kojom je utvrđen lupusni nefritis klase IV (A/C). Pacijentu je prekinuta terapija solumedrolom i započeto je liječenje kombinacijom ciklofosfamida i MESNA-e prema Euro-Lupus protokolu. Terapija se prekida zbog influenze i retroperitonealnog hematoma nastalog kao komplikacija biopsije bubrega. U terapiju se uvodi mikofenolat mofetil koji se zbog razvoja proteinurije zamjenjuje ciklosporinom. S obzirom na nezadovoljavajući terapijski odgovor svih prethodnih lijekova, terapija je promijenjena te je uveden voklosporin, uz koji je postignuto značajno smanjenje proteinurije povezano sa sistemskim eritematoznim lupusom. Najbolji terapijski odgovor postignut je konačnom kombinacijom glukokortikoida, mikofenolat mofetila, hidroksiklorokina i voklosporina. Pacijentovo stanje je po uvođenju nove terapijske kombinacije bez pogoršanja i proteinurije zadnje tri godine.

Zaključak: Prikazani slučaj potvrđuje složen tijek lupusnog nefritisa i potrebu za individualiziranim terapijskim pristupom. U bolesnika s nedovoljnim odgovorom na standardnu indukcijsku terapiju, uvođenje voklosporina dovelo je do značajnog smanjenja proteinurije i stabilizacije bubrežne funkcije. Kao inhibitor kalcineurina novije generacije, voklosporin predstavlja obećavajuću terapijsku alternativu u liječenju aktivnog lupusnog nefritisa.

Ključne riječi: Edem; Lupusni nefritis; Proteinurija

KRONIČNA DISEKCIJA AORTE; PRIKAZ SLUČAJA

Stjepan Goronja¹, Tea Elez¹, Lucija Rukavina(mentor)², Ana Mišković(mentor)²

1 - Medicinski fakultet Rijeka, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Stjepan Goronja, stjepan.goronja@uniri.hr

Uvod: Kroničnu disekciju aorte karakterizira disekcija aorte u trajanju dulje od 14 dana od početka simptoma. Najčešći rizični čimbenici su arterijska hipertenzija, ateroskleroza, bolesti vezivnog tkiva te bikuspidalna aortna valvula. Klinička slika je često nespecifična ili blaga, a liječenje ovisi o tipu disekcije, zahvaćenosti organa i promjeru aorte. Osnova terapije je kontrola krvnog tlaka.

Prikaz slučaja: 57- godišnji pacijent obrađivan je od strane neurologa zbog gubitka sjećanja na period od 3 dana u prvom mjesecu 2025.godine. Primijetio je kako zaboravlja što je pričao pa se sjeti nakon sat vremena, povremeno zaboravi i predmet po koji je krenuo. Od petog mjeseca 2025. ima povremenu bol između lopatica koja se širi u prsište nakon čega ima osjećaj nesvjestice. Od ranijih bolesti ima arterijsku hipertenziju. Učini se EEG (elektroencefalografija) te se prikazu blage nespecifične dizritmičke promjene frontoparijetocentralno. Na CT-u (kompjuterizirana tomografija) mozga bez znakova akutne ishemije, hemoragije ili ekspanzivnog procesa. Učini se CDD (eng. *color doppler*) krvnih žila vrata te se uočavaju aterosklerotske promjene ekstrakranijalnih odsječaka karotida. Učini se i MR (magnetna rezonanca) mozga te se prikaže blaga kortikalna atrofija frontoparijetalno, asimetrično izraženija desno parijetelno. Na psihološkom testiranju utvrđeno je diskretno odstupanje u smjeru sniženog logičkog pamćenja i nestabilnije krivulje učenja, ali bez jasnih pokazatelja organske cerebralne disfunkcije. Nakon pregleda kardiologa u prvom mjesecu 2026. godine upućen je na OHBP (Objedinjeni hitni bolnički prijam) na daljnju obradu. Nakon laboratorijske i radiološke obrade zbog sumnje na aneurizmatско proširenje aorte vidljivo na radiogramu grudnih organa pacijent se upućuje na CT aortografiju gdje se prikaže aneurizma luka torakalne aorte uz Stanford B disekciju torakoabdominalne aorte te suprarenalna aneurizma abdominalne aorte. Pacijent se hospitalizira na Kardijalnoj kirurgiji zbog planiranog kardiokirurškog zahvata.

Zaključak: Nespecifična klinička slika kronične aortne disekcije glavni je razlog kasnog otkrivanja i liječenja iste. Na ovom prikazu slučaja vidimo važnost multidisciplinarnog pristupa pacijentu te suradnje interne medicine s ostalim područjima u svrhu poboljšanja dijagnostike i ishoda liječenja.

Ključne riječi: Aneurizma aorte; Disekcija aorte; Hipertenzija

KADA ERCP NIJE DOVOLJAN: *RENDEZ-VOUS* TEHNIKA U BILIJARNOJ DRENAŽI; PRIKAZ SLUČAJA

Ivana Krajina¹; Goran Hauser (Mentor)^{1,2}

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinika za internu medicinu - Zavod za gastroenterologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Ivana Krajina, ikrajina2000@gmail.com

Uvod: Opstruktivni ikterus čest je klinički problem u bolesnika s malignim bolestima hepatopankreatobilijarnog sustava. Uspostava bilijarne drenaže potrebna je radi ublažavanja simptoma i poboljšanja kvalitete života. Cilj ovog rada je prikazati dostupne tehnike derivacije bilijarnog stabla.

Prikaz slučaja: Bolesnica u dobi od 62 godine upućuje se dežurnoj internističkoj službi, nakon pregleda u hitnom traktu zbog opstruktivnog ikterusa. U hitnoj je učinjen ultrazvuk sa sumnjom na koledokolitijazu, no endoskopskom retrogradnom kolangiopankreatografijom (ERCP) se ista ne potvrđuje, a nađena je suspektna stenoza žučnih vodova. Učinjena je ampulektomija, a patohistološkom dijagnostikom potvrđuje se adenokarcinom. Bolesnica u dežurnoj službi navodi gubitak tjelesne mase unazad dva mjeseca te proljevaste stolice kroz posljednjih 15 dana. Laboratorijski nalazi upućuju na izraženu kolestazu i oštećenje jetre. Magnetna rezonanca abdomena i magnetna rezonantna kolangiopankreatografija prikazuju tumorsku promjenu u području glave gušterače i distalnog koledokusa uz jetrene metastaze. Započeta je kemoterapija. endoskopskim ultrazvukom se potvrđuje neoplastična opstrukcija. Prvotni pokušaj ERCP-a s ciljem postavljanja bilijarnog stenta bio je neuspješan. Zatim se uspostavlja perkutana bilijarna drenaža i postavlja stent, pod kontrolom rendgena, i derivira žuč u vanjski spremnik na koži. Intervencijski radiolog perkutano uvodi vodilicu u bilijarno stablo po kojoj se postavlja bilijarni stent. Proksimalni dio stenta je u žučnim vodovima, a distalni je na koži spojen na spremnik. To je klasična tehnika koja se, ukoliko je to moguće, modificira *Rendez-vous* tehnikom s ciljem uspostavljanja unutrašnje drenaže koja je za pacijenta puno prihvatljivija jer ne mora nositi spremnik za žuč, nego se osigurava derivacija u tanko crijevo na fiziološki način. Vodilicu koju je intervencijski radiolog uveo perkutanom putem, gastroenterolog endoskopski prihvaća u dvanaesniku, a žica vodilica se uvodi u endoskop i time se omogućuje unutarnja drenaža. Nažalost, kod ove pacijentice samo je perkutana drenaža bila uspješna, a zbog progresije tumora nije se uspjelo endoskopom pristupiti u dvanaesnik. Nakon četiri mjeseca bilježi se progresija bolesti. Pokušana je zamjena postavljenog stenta, koja nije bila uspješna, te se započinje palijativna skrb.

Zaključak: Prikazani slučaj naglašava vrijednost perkutane ili *Rendez-vous* tehnike kao metoda bilijarne drenaže, u liječenju malignog opstruktivnog ikterusa, kada endoskopsko postavljanje stenta nije moguće.

Ključne riječi: Bilirubin; ERCP; Ikterus; Stent

DIJABETIČKA KETOACIDOZA KAO MANIFESTACIJA IMUNOPOSREDOVANOG DIJABETESA TIJEKOM LIJEČENJA PEMBROLIZUMABOM; PRIKAZ SLUČAJA

Josipa Šegović¹, Leona Zečević¹, Laura Vadjak¹, Silvija Canecki-Varžić^{1,2} (mentor)

1- Medicinski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku, Osijek, Republika Hrvatska

2- Klinički bolnički centar Osijek - Zavod za endokrinologiju, Osijek, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Josipa Šegović (e-mail: josipa.sego12@gmail.com)

Uvod: Primjena imunoterapije, poput pembrolizumaba, značajno je unaprijedila liječenje bolesnika s metastatskim tumorima. Međutim, aktivacija imunološkog sustava može uzrokovati različite autoimune nuspojave. Novonastali inzulin-ovisan dijabetes melitus predstavlja rijetku, ali po život opasnu komplikaciju koja se najčešće manifestira naglim razvojem teške dijabetičke ketoacidoze zbog brze destrukcije stanica gušterače. Učestalost ove nuspojave je niska, no zbog nespecifičnih početnih simptoma često ostaje neprepoznata do razvoja akutnog metaboličkog poremećaja.

Prikaz slučaja: Prikazujemo bolesnicu u dobi od 64 godine s anamnezom metastatskog adenokarcinoma rektuma operiranog 2021. godine, nakon čega je u prosincu 2022. započeto liječenje pembrolizumabom. Dva tjedna nakon prvog ciklusa, bolesnica razvija simptome izrazite žeđi, poliurije, mučnine i povraćanja. Zaprimljena je u Zavod za endokrinologiju u stanju teške ketoacidoze na koju su ukazivali laboratorijski nalazi: teška hiperglikemija (glukoza 56,8 mmol/L), metabolička acidoza (pH 7,125 uz bikarbonate od 7,4 mmol/L) uz istovremenu hiponatremiju (122 mmol/L), ketonuriju i povišene upalne parametre.. Odmah je započeta intenzivna intravenska rehidracija, primjena inzulina u infuziji te korekcija elektrolitskog disbalansa. Laboratorijskom obradom utvrđen je i suprimiran TSH (0,066 mIU/L) uz uredne periferne hormone štitnjače, što je uputilo na razvoj višestruke imunoposredovane endokrinopatije. Nakon postizanja metaboličke stabilnosti, bolesnica je prevedena na intenziviranu inzulinsku terapiju te je educirana o principima samokontrole glikemije i dijetnom režimu. Otpuštena je devetog dana hospitalizacije u stabilnom stanju uz planirani nastavak onkološkog liječenja pod strožim endokrinološkim nadzorom.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja ukazuje na važnost pravovremenog prepoznavanja endokrinih komplikacija kod bolesnika na imunoterapiji. Zbog rizika od naglog razvoja po život opasnih stanja, nužna je rana edukacija bolesnika o prepoznavanju simptoma hiperglikemije. Interdisciplinarna suradnja endokrinologa i onkologa ključna je za uspješno zbrinjavanje nuspojava i siguran nastavak suvremenog liječenja.

Ključne riječi: Dijabetička ketoacidoza; Inhibitori imunoloških kontrolnih točaka; Pembrolizumab; Rak debelog crijeva; Šećerna bolest tipa 1

PERKUTANA KORONARNA INTERVENCIJA UZ MEHANIČKU CIRKULACIJSKU POTPORU: PRIKAZ SLUČAJA

Luka Ćurić¹, Luka Bastiančić^{1,2}, Vjekoslav Tomulić^{1,2}, Jure Šeremet^{1,2}

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 – Kliničko bolnički centar Rijeka, Klinika za bolest srca i krvnih žila, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Luka Ćurić; E-mail: lcuric@uniri.hr

Uvod: Perkutana koronarna intervencija (PCI) predstavlja temeljnu metodu revaskularizacije u akutnom koronarnom sindromu. Kod hemodinamski nestabilnih bolesnika i tehnički zahtjevnih zahvata povećan je rizik komplikacija, pri čemu mehanička cirkulacijska potpora osigurava hemodinamsku stabilnost, održava minutni volumen i smanjuje opterećenje lijevog ventrikula.

Prikaz slučaja: Pacijent dolazi u hitni trakt zbog bolova u lijevoj ruci i prsima, pri dolasku hipertenzivan, hemodinamski stabilan, klinički kardijalno kompenziran. Navodi angiozne bolove u prsima koji se javljaju pri hodu uzbrdo. Na elektrokardiogramu su vidljive ishemijske promjene u lateralnim odvodima. Po hospitalizaciji učinjena je koronarografija kojom se potvrđuju višestruke značajne stenoze debila lijeve koronarne arterije, preokluzivna stenoza ušća ogranka dijagonalne grane, umjerena stenoza zavijene grane i dobro kolateralizirana kronična totalna okluzija desne koronarne arterije. Nakon koronarografije planiran je konzilij o daljnjim modalitetima liječenja. Tijekom hospitalizacije dolazi do ponovne pojave angioznih bolova. Zbog ponovne pojave bolova, indicira se rekoronarografija i PCI uz mehaničku cirkulacijsku potporu mirkoasijalnom pumpom (Impella). Uz svu potrebnu pripremu i postavljanje mehaničke cirkulacijske potpore pristupi se PCI ranije opisanih lezija koronarnih žila. Izveden je PCI kompleksne naravi na dijagonalnom ogranku prednje silazne arterije, deblu lijeve koronarne arterije te početnom dijelu cirkumfleksne arterije. Postproceduralno učinjen je transtorakalni ultrazvuk srca kojim je potvrđena očuvana sistolička funkcija lijeve klijetke uz hipo/akineziju bazalne polovice inferiorne stijenke. Pri otpustu pacijent dobrog općeg stanja, kardijalno kompenziran, normotenzivan, hemodinamski i ritmički stabilan. Uz smjernicama navođenu optimalnu medikamentoznu terapiju, bolesniku je preporučena daljnja ambulantna kontrola kardiologa.

Zaključak: Ovaj slučaj prikazuje značaj mehaničke cirkulacijske potpore u kompleksnim perkutanim koronarnim intervencijama. Mehanički potporni cirkulacijski sustav reducirao je rizik perioperativnih komplikacija, reducirao je opterećenje lijevog ventrikula te potpomogao u održavanju hemodinamske stabilnosti. Pacijent prikazanog slučaja je otpušten s očuvanom s očuvanom sistoličkom funkcijom, ritmički stabilan, normotenzivan.

Ključne riječi: Mehanička cirkulacijska potpora; Perkutana koronarna intervencija; Stent

AKUTNA MASNA JETRA TRUDNOĆE; PRIKAZ SLUČAJA

Mate Kutlić¹, Rea Korpar¹, Antonio Juričić¹, Anja Radovan^{1,2}

1- Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2- Klinika za internu medicinu, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Mate Kutlić; mkutlic@uniri.hr

Uvod: Akutna masna jetra trudnoće (AFLP) rijetka je, ali potencijalno životno ugrožavajuća komplikacija kasne trudnoće i ranog postpartalnog razdoblja.

Prikaz slučaja: Prikazujemo slučaj bolesnice u 36./37. tjednu trudnoće hospitalizirane na Klinici za ginekologiju i porodništvo zbog pojave žutice kože, povraćanja i smanjenih fetalnih pokreta. U anamnezi se navodi respiratorni infekt praćen febrilitetom tjedan dana prije prijema. Zbog patološkog kardiotokografskog zapisa indiciran je hitni carski rez, kojim je porod završen rođenjem vitalnog novorođenčeta. U ranom postpartalnom razdoblju dolazi do progresije poremećaja jetrene funkcije s izraženom hiperbilirubinemijom, povišenim vrijednostima aminotransferaza i kolestatskih enzima. Istodobno se bilježi razvoj koagulopatije karakterizirane produljenim koagulacijskim vremenima i sniženim antitrombinom III, kao i akutnog bubrežnog oštećenja. Zbog pogoršanja laboratorijskih nalaza bolesnica se dogovorno premješta u Jedinicu intenzivne njege gastroenterologije. Po prijemu je bolesnica pri svijesti, orijentirana u svim pravcima, hemodinamski stabilna, afebrilna i bez znakova hepatičke encefalopatije ili manifestnog krvarenja. Dan pred prijem navodila pospanost. Kliničkim pregledom bilježi se ikterus kože uz uredan status ostalih organskih sustava. CT (kompjuterizirana tomografija) abdomena pokazuje nalaz akutne masne jetre bez znakova bilijarne opstrukcije, žarišnih lezija ili vaskularne patologije. Nastavljeno je konzervativno liječenje koje je uključivalo nadoknadu albumina, primjenu vitamina K, volumsku optimalizaciju, parenteralnu antibiotsku terapiju, korekciju hipoglikemije te prevenciju ponovne encefalopatije primjenom laktuloze i L-ornitina-L-aspartata, uz kontinuirano praćenje vitalnih funkcija i laboratorijskih parametara, osobito koagulograma. Tijekom hospitalizacije bolesnica je dobrog općeg stanja, urednih vitalnih parametara i očuvanog stanja svijesti. U laboratorijskim nalazima bilježi se postupni pad vrijednosti bilirubina, jetrenih enzima, amonijaka, poboljšanje koagulacijskih parametara, uključujući protrombinsko vrijeme i aktivirano parcijalno tromboplastinsko vrijeme, uz perzistenciju blago sniženih vrijednosti antitrombina III, kao i značajan oporavak bubrežne funkcije.

Zaključak: Bolesnica je otpuštena kući uz hepatoprotektivnu dijetu, primjenu ursodeoksikolne kiseline, nutritivnu potporu, nastavak primjene niskomolekularnog heparina do šestog tjedna postpartuma te planirane ambulantne gastroenterološke kontrole.

Ključne riječi: Akutno oštećenje bubrega; Komplikacije u trudnoći; Masna jetra

HELICOBACTER IZVAN ŽELUDCA: PRELIMINARNI UVOD U POTENCIJALNE SISTEMSKE KOMPLIKACIJE; IZVORNO ISTRAŽIVANJE

Rea Divjanović¹; Maritea Arelić¹; Filip Jurković¹; Ivan Vulić (mentor)^{1,2}

1- Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka, Rijeka, Hrvatska

2- Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za Internu medicinu, Zavod za gastroenterologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Rea Divjanović, rdivjanovic@uniri.hr

Uvod: *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) je bakterija najčešće povezana s gastritisom i peptičkim ulkusom. Cilj ovog rada bio je istražiti moguće ekstragastrične učinke infekcije analizom različitih biokemijskih parametara kod ispitanika pozitivnih na *H. pylori*.

Materijali i metode: Analizirani su preliminarni podaci ispitanika pozitivnih na *H. pylori* iz veće studije u tijeku. Ispitanike je činilo 16 osoba pozitivnih na antigen *H. pylori* koji nisu započeli antibiotsku terapiju, od kojih 12 žena i 4 muškarca, dobnih skupina između 37-78 godina. Procijenjene su serumske razine vitamina D, alkalne fosfataze (ALP) i lipidnog profila, uključujući ukupni kolesterol. Ostali parametri također su bili ispitani, ali nisu pokazali konzistentne promjene. Analiza podataka provedena je deskriptivno.

Rezultati: Rezultati su pokazali sniženu ALP zabilježenu kod 37,5% ispitanika (100% žene), dok je nizak vitamin D prisutan u 80% ispitanika (83% žene, 17% muškarci). Ispitanici s normalnim vitaminom D imali su i normalnu ALP. Važno je napomenuti kako nisu svi uzorci uzimani tokom zimskih mjeseci te je jedna ispitanica imala povišenu ALP. Potonja je imala nizak vitamin D. Povišen ukupni kolesterol uočen je kod 76,9% ispitanika (60% žene, 40% muškarci), a povišen bilirubin kod 33%. Sniženi slobodni trijodtironin zabilježen je kod 38% ispitanika. Nijedan ispitanik nije imao povišen vitamin D, snižen ukupni kolesterol, snižen bilirubin ili povišen slobodni trijodtironin. Ostali parametri nisu pokazali značajne obrasce.

Rasprava: Preliminarni podaci upućuju na moguće ekstragastrične učinke *H. pylori*, uključujući nutritivne i metaboličke promjene. Ograničenja uključuju mali broj ispitanika, izostanak kontrolne skupine i djelomični uzorak studije. Nalazi su u skladu s ranijim istraživanjima koja sugeriraju povezanost *H. pylori* infekcije s metaboličkim promjenama, vjerojatno posredovanim kroničnom upalom i smanjenom apsorpcijom nutrijenata.

Zaključak: *H. pylori* infekcija može imati širi sistemski učinak, uključujući nutritivne i metaboličke promjene, što naglašava potrebu za daljnjim istraživanjima i širim kliničkim procjenama.

Cljučne riječi: *Helicobacter pylori*; Sistemna infekcija; Vitamin D

SINDROM EKTOPIČNE SEKRECIJE ADRENOKORTIKOTROPNOG HORMONA U BOLESNICE S METASTATSKIM NEUROENDOKRINIM KARCINOMOM GUŠTERAČE – PRIKAZ SLUČAJA

Leona Zečević¹, Josipa Šegović¹, Laura Vadjak¹, Silvija Canecki – Varžić (mentor)^{1,2}

1- Medicinski fakultet Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku, Osijek, Republika Hrvatska

2- Klinički bolnički centar Osijek - Zavod za endokrinologiju, Osijek, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Leona Zečević (e-mail: zekoleona@gmail.com)

Uvod: Neuroendokrini tumori (NET) gušterače rijetke su neoplazme heterogenog kliničkog tijeka, koje u manjem broju slučajeva mogu biti hormonski aktivne. Sindrom ektopične sekrecije adrenokortikotropnog hormona (ektopični ACTH-sindrom) predstavlja rijetku, ali potencijalno životno ugrožavajuću paraneoplastičnu manifestaciju, obilježenu teškim metaboličkim poremećajima, povećanim rizikom infekcija i znatnim pogoršanjem općeg stanja bolesnika. Pravodobno prepoznavanje ove komplikacije ključno je za omogućavanje nastavka onkološkog liječenja.

Prikaz slučaja: Prikazan je slučaj 52-godišnje bolesnice s diseminiranim neuroendokrinim karcinomom gušterače, dijagnosticiranim u kolovozu 2023. godine. Patohistološka analiza biopsije pokazala je Homeobox protein CDX-2-pozitivan neuroendokrini karcinom gastrointestinalnog podrijetla s proliferacijskim indeksom Ki-67 od 36%. U trenutku postavljanja dijagnoze bile su prisutne metastaze u jetri i koštanom sustavu. U osobnoj anamnezi zabilježene su arterijska hipertenzija, šećerna bolest tipa dva, hipotireoza te ranije operativno i radioterapijski liječeni karcinom cerviksa. Bolesnica je liječena višelinijski onkološki protokolima kapecitabin i temozolomid (CAPTEM), potom cisplatinom i etopozidom te leucovorinom, fluorouracilom, oxaliplatinom (FOLFOX-om), uz primjenu analoga somatostatina. Tijekom liječenja razvila je kliničku sliku ektopičnog ACTH-sindroma, s rezistentnom arterijskom hipertenzijom, teškom hipokalemijom, pogoršanjem glikoregulacije, izraženom mišićnom slabošću, edemima i ponavljanim infektivnim komplikacijama, uključujući febrilnu neutropeniju i sepsu. Hormonska obrada pokazala je izrazito povišene vrijednosti kortizola i adrenokortikotropnog hormona bez supresije u deksametazonskom testu. Magnetska rezonanca (MR) hipofize bila je urednog nalaza, dok je jednofotonska emisijska kompjutorizirana tomografija u kombinaciji s kompjutoriziranom tomografijom (SPECT/CT) s ^{99m}Tc-teoktidom pokazala diseminiranu bolest s izraženom ekspresijom somatostatinskih receptora. Započeto je liječenje inhibitorima steroidogeneze uz korekciju elektrolitnih poremećaja, a zbog razvoja parcijalnog hipopituitarizma uvedena je glukokortikoidna supstitucija, čime je postignuta djelomična metabolička stabilizacija. Nakon postizanja djelomične metaboličke stabilizacije nastavljeno je sistemsko onkološko liječenje uz kontinuirano endokrinološko praćenje i prilagodbu terapije. Daljnje liječenje planirano je multidisciplinarno, uz redovitu procjenu odgovora bolesti i kontrolu hormonske aktivnosti.

Zaključak: Ektopični ACTH-sindrom u bolesnika s metastatskim neuroendokrinim karcinomom gušterače predstavlja rijetku, ali klinički izrazito tešku komplikaciju. Ovaj prikaz naglašava važnost ranog prepoznavanja endokrinoloških poremećaja, precizne interpretacije

hormonskih i slikovnih nalaza te multidisciplinarnog pristupa radi optimizacije ishoda liječenja.

Ključne riječi: Neuroendokrini tumor; Neoplazme gušterače; Sindrom ektopične sekrecije adrenokortikotropnog hormona

INFEKCIJA VISCERALNOM LIŠMANIJAZOM ILI RELAPS WALDENSTROMOVE MAKROGLOBULINEMIJE? DIJAGNOSTIČKA ZAMKA: PRIKAZ SLUČAJA

Anton Turić¹; Ivana Vešligaj¹; Mateo Bartolović¹; Zinaida Perić (mentor)²

1 - Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Zavod za Hematologiju, Klinički Bolnički Centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Anton Turić, e-mail: antonturic0@gmail.com

Uvod: Waldenstromova makroglobulinemija (WM) je rijetka B-stanična limfoproliferativna bolest karakterizirana monoklonskom produkcijom IgM protutijela i kroničnom imunosupresijom. Bolesnici s WM-om najčešće umiru od infekcija, uključujući rijetke oportunističke i parazitarne infekcije. Visceralna lišmanijaza (VL), endemska u mediteranskom području, u imunokompromitiranih bolesnika često se prezentira nespecifičnim simptomima (vrućica, citopenije) koji imitiraju relaps osnovne hematološke bolesti, a dijagnostika je izazovna te zahtijeva kombinaciju nalaza u koštanoj srži i molekularne potvrdne PCR analize.

Prikaz slučaja: Prikazujemo 59-godišnjeg muškarca s WM-om dijagnosticiranom 2008. godine. Tijekom bolesti liječen je višestrukim terapijskim linijama: R-CHOP (rituksimab, ciklofosamid, doksorubicin, vinkristin i prednizon), RVd (rituksimab, bortezomib i deksametazon), bendamustin-obinutuzumab, ibrutinib te pirtobrutinib. Prije prve epizode VL živio je u endemskom području za lišmanijazu s izloženosti vektoru *Phlebotomus spp.* Prva epizoda VL početkom 2024. godine prezentirala se febrilitetom, B-simptomima i pancitopenijom, klinički u potpunosti sukladnim relapsu WM-a. Citološka analiza koštane srži postavila je sumnju na *Leishmania spp.*, a dijagnoza je potvrđena PCR-om, nakon čega je bolesnik liječen liposomalnim amfotericinom B (L-AmB) uz kliničko poboljšanje. Zbog refraktornosti WM-a na ibrutinib, u listopadu 2024. uveden je pirtobrutinib, ne-kovalentni inhibitor Brutonove tirozin-kinaze, kojim je postignuta hematološka remisija. Krajem 2025. ponovno razvija vrućicu do 39,5°C, produktivni kašalj, izražen gubitak tjelesne mase i pancitopeniju. Klinička slika nalikovala je relapsu WM-a, no molekularna obrada otkriva PCR pozitivnost na influencu A i *Leishmania spp.*, uz nalaz *Leishmania* parazita u koštanoj srži pri WM-u u remisiji. Liječen je oseltamivirom i L-AmB (inicijalno 5 dana uz nastavak tjednih doza do 38. dana), uz preporuku dodatka miltefosina, te je otpušten afebrilan i klinički stabilan.

Zaključak: Ovaj prikaz naglašava da u hematoloških bolesnika vrućica, B-simptomi i citopenije mogu jednako upućivati na relaps osnovne bolesti i na tešku infekciju, uključujući rijetku VL. Prije proglašavanja „relapsa“ hematološke bolesti nužno je sustavno isključiti infekciju, osobito u bolesnika iz endemičkih područja. Dobra anamneza, svijest o mogućim rijetkim infekcijama u imunokompromitiranih te pravovremeno korištenje specifične dijagnostike (analiza koštane srži i PCR) ključni su za pravodobno prepoznavanje i uspješno liječenje.

Ključne riječi: Amfotericin B; Imunokompromitirani domaćin; lišmanijaza, Visceralna; Pirtobrutinib; Waldenstromova Makroglobulinemija

MALLORY-WEISOV SINDROM KAO UZROK AKUTNE HEMATEMEZE; PRIKAZ SLUČAJA

Laura Vadjak¹; Josipa Šegović¹; Leona Zečević¹; Dino Hardi (Mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Osijek, Republika Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Osijek – Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Osijek, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Laura Vadjak, lauravadjak@gmail.com

Uvod: Mallory-Weissov sindrom (MWS) jedan je od uzroka akutnog krvarenja iz gornjeg dijela probavnog sustava, nastao uslijed uzdužnih laceracija sluznice u području gastroezofagealnog prijelaza. Najčešće se javlja nakon ponavljanog povraćanja i naglog porasta intragastričnog tlaka, pri čemu dolazi do mehaničkog oštećenja sluznice. Klinička slika varira od blaže hematemeze do obilnog gastrointestinalnog krvarenja praćenog razvojem anemije. U većini slučajeva krvarenje spontano prestaje, no kod dijela bolesnika potrebna je hitna endoskopska dijagnostika i terapija. Cilj ovog prikaza je prikazati kliničku prezentaciju, dijagnostički postupak i terapijski pristup bolesniku s MWS-om. U kliničkoj praksi sindrom se često povezuje s prethodnom mučninom, naprezanjem i ponavljanim epizodama povraćanja.

Prikaz slučaja: Prikazan je 51-godišnji bolesnik zaprimljen na hitni prijem zbog hematemeze. Na dan prijema javili su se bolovi u gornjem dijelu abdomena nakon obroka, uz višekratno povraćanje želučanog sadržaja. Nakon nekoliko epizoda povraćanja pojavilo se povraćanje svježe krvi. U osobnoj anamnezi navodi se hiperlipidemija, bez ranijih epizoda gastrointestinalnog krvarenja. Pri prijemu bolesnik je bio hemodinamski stabilan, afebrilan i orijentiran. Laboratorijskim nalazima utvrđena je mikrocitna anemija. Hitno je učinjena ezofagogastroduodenoskopija kojom su u području gastroezofagealnog prijelaza utvrđene dvije uzdužne laceracije s aktivnim krvarenjem. Provedena je endoskopska hemostaza primjenom adrenalina i postavljanjem hemostatskih klipsi, čime je postignuta potpuna kontrola krvarenja. Ultrazvučnim pregledom abdomena nisu utvrđene patološke promjene. Tijekom hospitalizacije bolesnik je bio stabilan, bez ponovne pojave krvarenja, uz primjenu inhibitora protonske pumpe i suportivne terapije. Nije bilo znakova hemodinamske nestabilnosti niti potrebe za transfuzijskim liječenjem. Kontrolni klinički i laboratorijski nalazi pokazali su postupnu stabilizaciju hemoglobina.

Zaključak: MWS treba razmotriti u diferencijalnoj dijagnozi akutne hematemeze, osobito u bolesnika s anamnezom ponavljanog povraćanja. Pravodobna endoskopska dijagnostika i terapija omogućuju učinkovitu kontrolu krvarenja, prevenciju komplikacija i povoljan klinički ishod. Pravilan terapijski pristup smanjuje rizik ponovnog krvarenja i hospitalizacijskih komplikacija. Ishod u prikazanom slučaju bio je povoljan, bez recidiva krvarenja.

Ključne riječi: Endoskopska hemostaza; Gastroezofagealni prijelaz; Hematemeza; Krvarenje gornjeg probavnog sustava; Mallory-Weissov sindrom

IZMEĐU UPALE I MALIGNITETA: KAVITIRAJUĆI ADENOKARCINOM PLUĆA; PRIKAZ SLUČAJA

Krešimir Serdarušić¹; Milena Šestić-Krneta^{1,2}; Iris Vuković²; Sandra Glavaš Kršul (Mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Republika Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Krešimir Serdarušić, kresimirserdarusic98@gmail.com

Uvod: Diferencijalna dijagnoza bilateralnih kavitirajućih lezija pluća obuhvaća širok spektar patoloških stanja, uključujući infekcije, autoimune bolesti i neoplazme. Iako su kavitacije klasično povezane s granulomatozom s poliangitisom ili specifičnim infekcijama poput tuberkuloze i gljivičnih oboljenja, rjeđe se mogu prezentirati kao manifestacija primarnog adenokarcinoma pluća. Pravovremena dijagnostika ključna je za ishod, no zahtijeva kompleksnu obradu zbog preklapanja kliničkih i radioloških parametara.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 80 godina, nepušač, primljena je na odjel pulmologije zbog obostrane pneumonije praćene povišenim upalnim parametrima (CRP 183 mg/L) i radiološki potvrđenim infiltratima. Tijekom hospitalizacije dokazana je infekcija virusom influence A te je, uz empirijsku antibiotsku terapiju, uveden oseltamivir, što je rezultiralo kliničkim poboljšanjem i padom upalnih parametara. Unatoč kliničkom poboljšanju, kontrolna kompjuterizirana tomografija (CT) toraksa pokazala je perzistenciju mrljastih opacifikacija uz razvoj brojnih nepravilnih kavitacija u vidu pneumatocele. Zbog sumnje na oportunističku infekciju, osobito Pneumocystis jirovecii pneumoniju, kao i granulomatozu s poliangitisom, učinjena je bronhoskopija uz opsežnu mikrobiološku, serološku i imunološku obradu. Svi mikrobiološki nalazi (bronhoalveolarna lavaža, hemokulture, pleuralni punktat) te reumatološki testovi bili su negativni. Unatoč uvođenju kortikosteroidne terapije metilprednizolonom, kontrolni radiološki nalazi pokazali su progresiju parenhimskih konsolidacija, opaciteta ground glass i kavitacija. Zbog perzistencije i progresije promjena, provedena je ponovljena bronhoskopija s transbronhijalnom biopsijom lingule i gornjeg režnja, pri čemu su patohistološki nađene atipične epitelne stanice koje formiraju papilarne strukture. Konačna dijagnoza bila je invazivni adenokarcinom pluća u IV stadiju bolesti. Na multidisciplinarnom timu za tumore pluća razmatrana je mogućnost započinjanja onkološkog liječenja kemoimunoterapijom, no pacijentica je odbila predloženo liječenje.

Zaključak: Ovaj slučaj ilustrira dijagnostičku kompleksnost bolesnika s atipičnom radiološkom prezentacijom malignoma pluća. Progresija kavitirajućih lezija unatoč antimikrobnoj i imunosupresivnoj terapiji, uz negativnu infektološku obradu, mora pobuditi sumnju na neoplastični proces. Iako su rijetke, kavitacije kod adenokarcinoma pluća zahtijevaju patohistološku potvrdu radi izbjegavanja odgode adekvatnog onkološkog liječenja.

Ključne riječi: Adenokarcinom pluća; Bronhoskopija; Pneumonija

DRUGA STRANA ISTOG NOVČIČA: BURKITTOV LIMFOM NAKON DLBCL-A, PRIKAZ SLUČAJA

Veronika Hanić¹; Loreta Horvatek¹; Marija Stanić Damić²

1 – Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Republika Hrvatska

2– Medicinski fakultet u Rijeci, Klinički bolnički centar Rijeka, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Veronika Hanić, hanic.veronika@gmail.com

Uvod: Burkittov limfom je rijedak, vrlo agresivan B-stanični ne-Hodgkinov limfom (NHL) karakteriziran translokacijom i disregulacijom MYC gena na kromosomu osam. Čini 1-2% limfoma u odraslih, ali je česta dječja neoplazma. Ova agresivna maligna bolest pokazuje obrazac brze proliferacije, što je čini jednom od najagresivnijih poznatih malignih bolesti, koja zahtijeva brzu i intenzivnu terapijsku intervenciju.

Prikaz slučaja: 21-godišnji pacijent je 2011. godine liječen zbog mediastinalnog difuznog velikostaničnog B-limfoma u Klinička bolnica Dubrava, kombinacijom imunokemoterapije prema Rituksimab s doza-prilagođenom kemoterapijskom shemom koja uključuje etopozid, prednizon, vinkristin, ciklofosfamid i doksorubicin (EPOCH) protokolu i radioterapije, uz postignutu dugotrajnu remisiju. U dobi od 30 godina dolazi hematologu u studenom 2020. godine zbog uočenog palpabilnog limfnog čvora desne polovice vrata uz prisutne B simptome (obilno noćno znojenje). U periodu od 10 dana limfni čvor se povećao sa 3 na 7 cm. Provedena je kirurška ekstirpacija i patohistološka obrada palpabilnog limfnog čvora na vratu desno, koja je potvrdila relaps NHL-a Burkittova tipa, CD20+ s visokim proliferacijskim indeksom Ki-67 100%. Nakon ekstirpacije čvora pacijent razvija Bellovu kljenutu lijeve strane lica, vrlo vjerojatno u sklopu paraneoplastičnog sindroma. Pozitronskom emisijskom tomografijom uočene su visoke razine fluorodeoksiglukoze koje su ukazale na generaliziranu limfadenopatiju uz zahvaćanje želuca i koštane srži. Bolesniku je promptno započeto liječenje prema intenzivnom protokolu Njemačke multicentrične studijske grupe za akutnu limfoblastičnu leukemiju kod odraslih, uz primjenu rituksimaba te profilaktičku intratekalnu terapiju i drugu potpornu terapiju, kao i fizikalnu terapiju radi Bellove kljenute. Provedeno je 6 ciklusa liječenja, zabilježene su očekivane blaže hematološke komplikacije, bez sindroma lize tumora, težih infektivnih ili neuroloških komplikacija. Postignuta je kompletna remisija bolesti, a u dogovoru sa transplantacijskim timom Klinički bolnički centar Zagreb nije provedena autologna transplantacija perifernih hematopoetskih matičnih stanica.

Zaključak: Ponovna pojava agresivne limfoproliferativne bolesti nakon više godina kompletne remisije je moguća i vidljiva u praksi. Slučaj naglašava važnost složene i pravovremene dijagnostičke obrade i liječenja relapsa agresivnih limfoma. Primjena standardiziranih terapijskih protokola te multidisciplinarni pristup ključni su za smanjenje rizika od komplikacija u ovako zahtjevnim kliničkim situacijama.

Ključne riječi: Burkittov limfom; Limfni čvor; Ne-Hodgkinov limfom; Rituksimab

PLUĆNA TROMBOEMBOLIJA U RANOJ TRUDNOĆI: PRIKAZ SLUČAJA

Vinko Brezić¹; Matija Filipin²; Gordana Bačić, dr.med.³

1 – Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Medicinski fakultet u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

3 – Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Vinko Brezić, vbrezic@student.uniri.hr

Uvod: Plućna tromboembolija (PE) predstavlja ozbiljno i potencijalno životno ugrožavajuće stanje. Trudnoća je udružena s povećanim rizikom tromboembolijskih događaja zbog fizioloških promjena u koagulacijskom sustavu i niza ostalih čimbenika vezanih uz samu trudnoću te preegzistirajućih čimbenika rizika. Dijagnoza i liječenje PE u trudnoći vrlo često predstavljaju poseban klinički izazov, posebice u ranom stadiju, s obzirom na rizik ugrožavanja zdravlja i života majke i ploda.

Prikaz slučaja: 41-godišnja bolesnica, s anamnezom pet ranijih urednih trudnoća, javila se u opću bolnicu radi bolova u lijevoj potkoljenici. Ultrazvučnim pregledom vena nogu, postavljena joj je dijagnoza duboke venske tromboze (DVT) lijevo poplitealno, potom započeto liječenje niskomolekularnim heparinom (NH). Zbog naknadne pojave pritiska u prsima i omaglice, postavi se sumnja na PE, no s obzirom na povišen beta-humani korionski gonadotropin (β -HCG) koji je ukazivao na vjerojatnu trudnoću za koju bolesnica nije znala, upućena je u tercijarnu zdravstvenu ustanovu. Prilikom prijema bolesnica je bila tahikardna, dispnoična, ali hemodinamski stabilna. U laboratorijskim nalazima zabilježene su povišene vrijednosti srčanih biomarkera. Ultrazvukom srca utvrđena je dilatirana desna klijetka sa znakovima tlačnog opterećenja, što je uz prethodne nalaze također govorilo u prilog PE. Hitnim ginekološkim pregledom potvrđena je trudnoća u trajanju od 7 tjedana. S obzirom na rani stadij trudnoće i posljedično visoki rizik štete za plod primjenom standardnih dijagnostičkih i terapijskih procedura koje uključuju ionizirajuće zračenje ili sistemnu trombolizu, donešena je odluka o liječenju ultrazvukom potpomognute, kateterom usmjerene lokalne trombolize. U angiosali, uz vrlo kratkotrajnu primjenu dijaskopije, putem desne femoralne vene, pozicioniran je EKOS (engl. *EkoSonic*) endovaskularni kateter u obje plućne arterije te primjenjena lokalna tromboliza prema protokolu uz sistemnu heparinizaciju. Zahvat je protekao bez komplikacija uz minimalnu dozu zračenja, a liječenje PE nastavljeno primjenom NH-a.

Zaključak: Dijagnoza i liječenje PE u trudnoći zahtijevaju detaljnu procjenu rizika štetnog učinka na plod, ali i istovremenu odgovarajuću procjenu kliničkog stanja majke kako bi ishodi za oboje bili optimalni. U kliničkoj praksi isto predstavlja vrlo izazovne situacije ovisno o stadiju trudnoće, hemodinamskoj stabilnosti majke te dostupnosti dijagnostičkih i terapijskih opcija.

Ključne riječi: Plućna embolija; Trombolitička terapija; Trudnoća

MULTIPLI MIJELOM: REGRESIJA MIJELOMSKE NEFROPATIJE USLIJED AUTOLOGNE TRANSPLANTACIJE MATIČNIH STANICA; PRIKAZ SLUČAJA

Nina Sebastijan¹; Marija Stanić Damić (Mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za hematologiju, Klinika za internu medicinu, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Nina Sebastijan, nina.sebastijan@gmail.com

Uvod: Multipli mijelom (MM) je kronična maligna hematološka bolest karakterizirana klonalnom proliferacijom plazma stanica u koštanoj srži uz pojavu patološkog monoklonskog imunoglobulina u serumu i/ili urinu. Bolest se očituje anemijom, hiperkalcemijom, osteolizama i čestim patološkim frakturama kostiju te rekurentnim infekcijama. Mijelomska nefropatija najčešća je komplikacija MM prisutna u gotovo 50% pacijenata u tijeku bolesti. Ovim radom prikazujemo bolesnika kojem je mijelomska nefropatija bila inicijalna manifestacija bolesti te kojem je uslijed provedenih autoloških transplantacija matičnih stanica (ATKMS) oporavljena bubrežna funkcija.

Prikaz slučaja: 51-godišnjem muškarcu je u kolovozu 2020. godine pregledom u hitnom traktu ustanovljena kronična bubrežna insuficijencija gradusa 5 nakon što su ultrazvučnim pregledom uočeni uvećani bubrezi uz izrazito povišene vrijednosti bubrežnih parametara. Pacijent je prethodno bio bez značajnijih komorbiditeta. Također je zabilježena srednje teška normocitna anemija. Biopsija kosti i elektroforeza potvrdile su dijagnozu MM IgG kapa, a naknadno su višeslojnom kompjuteriziranom tomografijom verificirane multiple osteolitičke lezije kralježaka. Nakon 2.ciklusa protokola koji uključuje bortezomib, talidomid i deksametazon verificirana je progresija bolesti bez oporavka bubrežne funkcije te se započela 2.linija liječenja sukladna protokolu koji se sastoji od carfilzomiba, daratumumaba i deksametazona uz koji je nakon 3.ciklusa postignuta parcijalna remisija bolesti. Nastavljeno je redovito liječenje hemodijalizom, a tijekom liječenja obilježen je brojnim infektivnim komplikacijama. Kod pacijenta su uspješno provedene dvije ATKMS u veljači 2022. te u srpnju 2023. nakon kojih je uočen značajan oporavak bubrežne funkcije bez potrebe za daljnjim hemodijalizama uz značajno poboljšanje kvalitete života.

Zaključak: Mijelomska nefropatija neovisni je prediktor lošeg preživljenja bolesnika s većim rizikom od progresije bolesti ili smrti. Obnova bubrežne funkcije jedan je od najvažnijih terapijskih ciljeva kod ovih pacijenata. Protokoli liječenja temeljeni na bortezomibu temelj su liječenja pacijenata s MM-om i bubrežnom disfunkcijom pri dijagnozi, te ukoliko se bubrežna funkcija ne oporavi u početku liječenja uglavnom ostaje trajna. Oporavak bubrežne funkcije nije uobičajen ishod nakon ATKMS, stoga je ovaj slučaj vrijedan daljnjih istraživanja.

Ključne riječi: Autologna transplantacija matičnih stanica; Bortezomib; Multipli mijelom

NEOČEKIVANI UZROK AKUTNOG BUBREŽNOG OŠTEĆENJA: PRIKAZ SLUČAJA SKRIVENOG SISTEMNOGA ERITEMSKOGA LUPUSA

Mia Marija Šalov¹; Ita Jelić Pranjić^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Republika Hrvatska

2 – Zavod za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju bubrega, Klinika za internu medicinu,
Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Mia Marija Šalov, msalov@uniri.hr

Uvod: Sistemni eritemski lupus (SLE) kronična je autoimuna bolest heterogene kliničke prezentacije koja češće pogađa žene. Zahvaćanje bubrega u sklopu SLE-a naziva se lupusni nefritis (LN), a pridonosi smrtnosti povezanoj sa SLE-om. LN razvija se u približno polovice oboljelih od kojih 10%-30% bolesnika razvije završni stupanj kronične bubrežne bolesti (ZSKBB). Muški spol i mlađa životna dob povezani su s ranijim razvojem LN-a i većim rizikom pogoršanja bolesti. Plućno-bubrežni sindrom (PBS), definiran difuznom alveolarnom hemoragijom (DAH) i brzoprogresivnim glomerulonefritisom (BPGN), rijetka je, ali životno ugrožavajuća komplikacija SLE-a, sa smrtnošću do 50%. Aktivni LN glavni je čimbenik rizika razvoja DAH-a. Prikazan je slučaj bolesnika kod kojega je dijagnoza SLE postavljena nakon što se bolesnik inicijalno prezentirao akutnim bubrežnim oštećenjem (ABO) u sklopu PBS-a.

Prikaz slučaja: Tridesetjednogodišnji muškarac hospitaliziran je zbog ABO uz respiratornu infekciju i hemoptizu. Laboratorijski su utvrđeni nefritički sediment urina uz proteinuriju nefrotskog ranga, hipoalbuminemija, normocitna anemija, snižene vrijednosti komponenti komplementa C3 i C4 te pozitivni krioglobulini. Također su dokazana pozitivna antinuklearna protutijela (ANA) i protutijela protiv dvolančane uzvojnice DNA (anti-dsDNA). Višeslojnom kompjutoriziranom tomografijom toraksa prikazane su opsežne infiltracije po tipu mliječnog stakla koje odgovaraju DAH. Patohistološkom analizom bioptata bubrega verificiran je BPGN s 65% celularnih i fibrocelularnih polumjeseca uz obilnu upalnu infiltraciju tubulointersticija te jaki imunofluorescentni pozitivitet na komponentu komplementa C1q, u prilog LN-u. Uvedene su pulsne doze glukokortikoida i ciklofosfamid, uz provođenje plazmafereze i primjenu intravenskih imunoglobulina. Zbog progresije alveolarne hemoragije i razvoja respiratorne insuficijencije, uvedeni su mikofenolat-mofetil i rituksimab. Došlo je do regresije plućnih infiltrata i stabilizacije bubrežne funkcije uz smanjenje proteinurije. Pri otpustu je procijenjena brzina glomerularne filtracije iznosila 34 mL/min.

Zaključak: PBS predstavlja rijetku, ali životno ugrožavajuću komplikaciju SLE-a. Ovim slučajem ističe se važnost pravovremenog postavljanja dijagnoze kod bolesnika s atipičnom kliničkom prezentacijom bolesti. Rano započinjanje odgovarajućega liječenja smanjilo je visoku smrtnost PBS-a, spriječilo progresiju bolesti i razvoj ZSKBB-a.

Ključne riječi: Akutno bubrežno oštećenje; Brzoprogresivni glomerulonefritis s plućnom hemoragijom; Sistemski eritemski lupus

IZNENADNA SRČANA SMRT U MLADOG PACIJENTA - SLUČAJNOST ILI GENETIKA; PRIKAZ SLUČAJA

Evelin Abdić¹; Matea Cica¹; David Židan (Mentor)^{1,2}; Petra Baumgartner (Mentor)^{1,2}

1 - Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Evelin Abdić, evelin.abdic@student.uniri.hr

Uvod: Iznenađna srčana smrt je neočekivana smrt uslijed srčanog uzroka koja se događa unutar jednog sata od početka simptoma kod osobe s ili bez prethodno poznate srčane bolesti. Sindrom produljenog QT intervala (LQTS) je aritmogeni poremećaj repolarizacije miokarda obilježen produljenjem QT intervala na elektrokardiogramu, najčešće naslijeđen od roditelja autosomno dominantno. LQTS može biti uzrok nastanka malignih ventrikularnih aritmija koje mogu dovesti do iznenadne srčane smrti.

Prikaz slučaja: 38-godišnji pacijent dolazi vozilom hitne medicinske pomoći (HMP) u Objedinjeni hitni bolnički prijam po izvanbolnički provedenoj kardiopulmonalnoj resuscitaciji. Dolaskom tima HMP zatečen je cirkulatorni i respiratorni arest te je započeta kardiopulmonalna resuscitacija prema smjernicama. Inicijalni ritam bila je ventrikularna fibrilacija, potom asistolija. Nakon 6 minuta postignut je povratak spontane cirkulacije, bez povratka svijesti. Heteroanamnestički se od supruge doznaje kako je događaju prethodio plač djeteta u kolijevci. Pacijent se probudio iz sna, nakon čega se počeo tresti i teško disati. Obiteljska anamneza pacijenta je negativna na iznenadnu srčanu smrt. Pri prijemu pacijent je bez svijesti, diše insuficijentno, puls je prisutan periferno. Pacijenta se analgozira te orotrachealno intubira. Hitnom koronarografijom je isključena koronarna bolest srca. U inicijalno učinjenom elektrokardiogramu evidentiran je blago produljen QT interval. Ehokardiografski nalaz je uredan. Učinjena je i kompjuterizirana tomografija (CT) mozga kojom je supratentorijalno uočena slabija diferencijacija sive i bijele tvari u sklopu moguće anoksične ozljede mozga. Učinjeno je genetsko testiranje na kanalopatije. Tijekom boravka u bolnici, u elektrokardiogramu perzistira produljen QT interval. Zbog sumnje na LQTS uvedena je terapija propranololom, po kojoj dolazi do skraćivanja intervala na prihvatljive vrijednosti. U daljnjem tijeku prati se postupni neurološki oporavak, a u sklopu sekundarne prevencije iznenadne srčane smrti, pacijentu je implantiran Ventricular Paced, Ventricular Sensed, Inhibited, Rate-responsive (VVIR) kardioverter defibrilator. Pacijent je upućen na fizikalnu rehabilitaciju. Testiranje potvrđuje sindrom produljenog QT intervala – LQTS 2. Pacijentovoj djeci je preporučeno klinički probir.

Zaključak: Iznenađna srčana smrt događaj je koji se može javiti i u bolesnika mlađih dobnih skupina. Pravovremeno prepoznavanje i intervencija, kasnije i pronalaženje uzroka iznenadne srčane smrti omogućuju spasiti najvažnije – pacijentov život.

Ključne riječi: Smrt, iznenadna, srčana; Resuscitacija; Sindrom produljenog QT intervala

IZNENADNA SRČANA SMRT U KONTEKSTU PRIROĐENE SRČANE GREŠKE; PRIKAZ SLUČAJA

Lucija Tomulić¹; Tea Tomičević¹; Luka Merlak Radojčić, dr.med.²

1- Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2- Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za bolest srca i krvnih žila, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Lucija Tomulić, lucija.tomulic@gmail.com

Uvod: Urođene srčane greške, CHD (od engl. *congenital heart disease*) predstavljaju skupinu prirođenih bolesti karakteriziranih strukturnim malformacijama srca i velikih krvnih žila. Podatci o prevalenciji CHD-a među novorođenčadi variraju između 4 i 10 na 1000 živorođene djece što ovu grupu bolesti čini najčešćom prirođenom anomalijom. Epidemiološki podatci za odraslu populaciju su rijetki, istraživanje provedeno 2012. godine sugerira prevalenciju CHD-a u odraslih od 3000 bolesnika na million ljudi. Ventrikularne aritmije vodeći su uzrok smrtnosti kod bolesnika s CHD-om. Prema podacima, kod 80% iznenadnih srčanih smrti poznatog uzroka u ovih bolesnika u podlozi su bile ventrikularne aritmije.

Prikaz slučaja: 55-godišnja bolesnica zaprimljena je u Objedinjeni hitni bolnički prijam nakon izvanbolničkog kardiorespiratornog aresta s uspješnim oživljavanjem. Prema dostupnoj izvanbolničkoj dokumentaciji, prezentirajući ritam je bio ventrikularna fibrilacija. Nakon provedene kardiopulmonalne reanimacije prema važećim smjernicama dolazi do povrata spontane cirkulacije. Po dolasku na hitni medicinski trakt bolesnicu se inicijalno zbrine te se premješta u Jedinicu za intenzivno kardiološko liječenje. Utvrđeno je da se radi o gospođi s od ranije poznatom urođenom cijanotičnom srčanom greškom. Prema dostupnoj dokumentaciji, radilo se o Eisenmengerovom sindromu (membranozni ventrikularni septalni defekt uz desno-lijevi *shunt*) te *double-outlet* desnoj klijetci iz koje izlaze aorta i hipoplastični plućni trunks uz pridruženu hipoplaziju lijeve klijetke. Trećeg dana intenzivnog liječenja ukida se anaglosedacija te postepeno dolazi do potpunog oporavka svijesti bez uočenih neuroloških posljedica. Tijekom hospitalizacije u nekoliko navrata dolazi do razvoja paroksizama fibrilacije atrijsa sa suspektom aberantnom provodnjom, bez ponovljenih ventrikularnih epizoda. Učinjenim elektrofiziološkim ispitivanjem srca ne nađe se znakova za postojanje akscesornog puta. Bolesnici je ugrađen elektrostimulator srca u sekundarnoj prevenciji iznenadne srčane smrti. Nakon četvrerotjednog boravka u bolnici bolesnica je otpuštena na kućno liječenje.

Zaključak: Prikazani slučaj primjer je često letalne komplikacije u bolesnika čija osnovna bolest predstavlja izazov za svakog kliničara. Osvrtom na navedeni slučaj naglašavamo važnost redovnog praćenja bolesnika sa prirođenom srčanom greškom uz primjenu indiciranih dijagnostičko-terapijskih postupaka u svrhu prevencije ozbiljnih komplikacija.

Ključne riječi: Eisenmengerov Sindrom; Prirođene srčane greške; Ugradbeni Kardioverter-Defibrilator; Ventrikularna Fibrilacija

RIJETKA PREZENTACIJA PRIMARNOG LIMFOMA KOSTI: MALIGNA HIPERKALCEMIJA S KLINIČKOM SLIKOM AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA; PRIKAZ SLUČAJA

Sara Mrkonjić¹, Sonja Palija², Kristina Uglešić, dr. med.(Mentor)³

1 - Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Zavod za intenzivno kardiološko liječenje, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Republika Hrvatska

2 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Republika Hrvatska

KORESPODENTNI AUTOR: Sara Mrkonjić, smrkonjic@uniri.hr

Uvod: Primarni difuzni Non-Hodgkin limfom stanica kosti rijetka je zloćudna limfoproliferativna bolest u kojoj maligni limfociti nastaju u kostima bez dokaza sistemske bolesti ili zahvaćanja limfnih čvorova pri dijagnozi. Čini manje od 1 % svih limfoma i oko 7 % primarnih koštanih tumora. Tumorska stimulacija osteoklasta dovodi do pojačane razgradnje kosti i posljedičnog oslobađanja velikih količina kalcija u krv.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 46 godina dolazi u Objedinjeni hitni bolnički prijam (OHBP) lokaliteta Rijeka zbog opstipacije i progresivne zaduhe pri manjem naporu u trajanju od osam dana. Od ranije boluje od arterijske hipertenzije. U inicijalnoj obradi učinjeni su elektrokardiogram (EKG), laboratorijski nalazi te radiogram abdomena kojim je isključen ileus. Zbog EKG promjena u vidu difuzne depresije ST segmenta i elevacije ST segmenta u aVR odvodu te sumnje na akutni koronarni sindrom, bolesnik je upućen u OHBP lokaliteta Sušak na hitni kardiološki pregled. Laboratorijski nalazi pokazali su značajno povišene vrijednosti troponina i razvoj akutne bubrežne ozljede. Ultrazvuk srca pokazao je urednu sistoličku funkciju lijeve klijetke, bez segmentalnih poremećaja kontraktilnosti. Bolesnik je hospitaliziran na Klinici za bolesti srca i krvnih žila, gdje je učinjena hitna koronarografija kojom je isključena koronarna bolest srca. Proširenom laboratorijskom obradom utvrđena je značajna hiperkalcemija. Kompjuterizirana tomografija abdomena i zdjelice je prikazala skelet difuzno prožet osteolitičkim lezijama nejasne etiologije. Laboratorijskom analizom specifičnih imunoglobulina isključen je multipli mijelom. Započeto je liječenje hiperkalcemije diuretskom terapijom, parenteralnom hidracijom i metilprednizolonom, uz normalizaciju vrijednosti kalcija, troponina i bubrežne funkcije. EKG je pokazao regresiju patoloških promjena. Zbog daljnjeg liječenja bolesnik je premješten na Zavod za hematologiju Klinike za internu medicinu. Daljnjom obradom potvrđen je primarni difuzni Non-Hodgkin limfom stanica kosti te je započeto hematološko liječenje.

Zaključak: Iako rijetko, primarni difuzni Non-Hodgkin limfom stanica kosti može osteolizom uzrokovati malignu hiperkalcemiju koja se prezentira znakovima nalik akutnom koronarnom sindromu. Takva prezentacija predstavlja značajan dijagnostički izazov, a pravovremena dijagnostika ključna je za povoljan ishod liječenja.

Ključne riječi: Elektrolitski disbalans; Maligna hiperkalcemija; Non-Hodgkin limfom; Neoplazme kostiju

PRAVILNA DIJAGNOSTIKA NETUBERKULOZNE MIKOBakterIJE KAO PREDUVJET SPECIFIČNE TERAPIJE; PRIKAZ SLUČAJA

Gabriela Večerić¹; Ivana Ivoš¹; Attila Jukić-Burai¹; Renata Božinović (Mentor)^{1,2}

1 - Medicinski fakultet Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Osijek, Hrvatska

2 - Zavod za pulmologiju i intenzivno liječenje internističkih pacijenata, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Gabriela Večerić, gabrielaveceric07@gmail.com

Uvod: Infekcije pluća netuberkuloznim (atipičnim) mikobakterijama kronične su bolesti koje se najčešće javljaju kod bolesnika s već postojećim oštećenjem pluća. *Mycobacterium avium complex* (*Mycobacterium avium*, *Mycobacterium intracellulare*) najčešće su izolirane atipične mikobakterije u ljudi, a karakterizira ih indolentan tijek i teška eradikacija. Ovaj prikaz slučaja naglašava važnost precizne identifikacije atipične mikobakterije kao uvjet specifične terapije u trajanju od najmanje 12 mjeseci.

Prikaz slučaja: 68 - godišnjem pacijentu, dugogodišnjem pušaču s prijašnjom dijagnozom kronične opstruktivne plućne bolesti, započeta je obrada po gastroenterologu zbog normocitne anemije i gubitka tjelesne težine. U sklopu obrade napravljena je rendgenska snimka pluća i srca gdje su opisane konsolidacije plućnog parenhima difuzno desno, te srednjeg i gornjeg plućnog polja lijevo. Savjetovan je da napravi višeslojnu kompjuteriziranu tomografiju toraksa gdje su opisane opsežne kavitacije te paratrahealna i perikarinalna limfadenopatija. Bronhoskopskim uzorkom, iz aspirata su izolirane *Escherichia coli* i *Candida albicans*, citološki je opisana gnojna upala, direktni mikroskopski nalaz je bio pozitivan na *Mycobacterium tuberculosis*, s kulturama u izradi. U terapiju su uvedeni antituberkulotici (Isonijazid, Rimactan, Pirazinamid, Etambutol) uz preporuku redovnih kontrola jetrenih transaminaza jedanput tjedno. Nakon osam dana, zbog laboratorijskih nalaza izvađenih kod liječnika obiteljske medicine, pacijent se javlja na hitni prijem s povišenim jetrenim parametrima: aspartat aminotransferaza (AST) 124 U/L, gama glutamiltransferaza (GGT) 98 U/L. Bio je oslabljenog apetita s bolovima u području 11 i 12 rebra obostrano. Bolesnik je zaprimljen na Zavodu za pulmologiju te su ukinuti antituberkulotici, a u terapiju se uvodi Ciprofloksacin, zatim i Ceftriakson. Nakon nekoliko dana, pacijent se otpušta kući stabilnog stanja (AST 31 U/L, GGT 87 U/L) s dogovornim pregledom za 2 tjedna. Naknadno je pristigao pozitivni nalaz kulture *Mycobacterium intracellulare* te je uvedena specifična terapija: Klaritromicin, Etambutol, Rimactan, uz savjetovanje nastavka kontrole jetrenih transaminaza jedanput tjedno te rendgenska snimka srca i pluća za mjesec dana.

Zaključak: Ispravna identifikacija mikobakterijskog uzročnika kod pacijenata s netuberkuloznom mikobakterijom ima neizbježnu ulogu u započinjanju specifične kronične terapije te eradikacije samog uzročnika.

Ključne riječi: Bolesti pluća; Kompleks *Mycobacterium avium*; Netuberkulozne mikobakterije

PRIKAZ SLUČAJA KRVAREĆIH VARIKOZITETA ŽELUCA: TEŠKA KRVARENJA U GASTROINTESTINALNOM TRAKTU I ENDOKSOPSKA INTERVENCIJA

Sonja Palija¹, Sara Mrkonjić¹, Alojzije Lacković^{1,2}, Sandra Milić^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za gastroenterologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPODENTNI AUTOR: Sonja Palija1 – sonja.palija3@gmail.com

Uvod: Varikoziteti fundusa želuca su patološki proširene submukozne vene koje nastaju uslijed portalne hipertenzije, najčešće kod ciroze jetre i/ili tromboze portalne ili splenične vene. Iako su rjeđi od ezofagealnih varikoziteta, njihova ruptura može izazvati ozbiljna gastrointestinalna krvarenja s visokim rizikom od hemodinamske nestabilnosti. Dijagnoza se postavlja endoskopski, koja istovremeno omogućuje terapijsku intervenciju poput skleroterapije ili obliteracije.

Prikaz slučaja: Pacijentica u dobi od 51 godine dolazi na OHBP u pratnji hitne medicinske pomoći (HMP) zbog slabosti u stajaćem položaju uz presinkopalnu epizodu praćenu preznjavanjem te pojave tamne stolice. Negira zaduhu i bolove u prsima, kao i mučninu i povraćanje. Afebrilna je, bez zimica i tresavica. Od ranije poznata portalna hipertenzija i sekundarna bilijarna ciroza kao i varikoziteti jednjaka radi čijih krvarenja je bila hospitalizirana na Odjelu gastroenterologije. Prilikom obrade učinjeni laboratorijski nalazi i ezofagogastroduodenoskopija (EGDS). Po učinjenoj hitnoj EGDS pacijentica se hospitalizira u jedinicu intenzivnog liječenja Zavoda za gastroenterologiju zbog krvarećih varikoziteta želuca te posthemoragijske anemije. Po prijemu se započinje sa primjenom krvnih derivata, parenteralnom hidracijom, kontinuiranom infuzijom terlipresinom, antimikrobnom terapijom uz ostalu kroničnu i simptomatsku terapiju. Zatim su učinjene još tri ezofagogastroduodenoskopije uz podršku anestezije zbog recidivirajućih krvarenja iz varikoziteta fundusa želuca uz aplikaciju histoakrila. Zbog ponavljanih epizoda krvarenja učinjen je pokušaj izvođenja transjugularnog intrahepatičnog portosistemskog šanta (TIPS), uz prethodnu radiološku obradu i ultrazvuk srca, međutim nije učinjen uspješno. Nakon stabilizacije općeg stanja pacijentica je premještena na Odjel za hepatologiju i pankreatologiju te otpuštena kući u dobrom općem stanju uz preporuku odlaska u drugu vanjsku ustanovu zbog daljnjih modaliteta liječenja.

Zaključak: Recidivirajuća krvarenja iz varikoziteta fundusa želuca kod pacijenata s portalnom hipertenzijom predstavljaju značajan terapijski izazov. Kombinacija endoskopskih intervencija, farmakološke terapije i postupaka kao što su TIPS i BRTO (Balloon-Occluded Retrograde Transvenous Obliteration), omogućuje stabilizaciju pacijenta i dugoročnu kontrolu krvarenja, ističući potrebu za individualiziranim pristupom.

Ključne riječi: Gastrointestinalno krvarenje; Portalna hipertenzija; Varikoziteti jednjaka i želuca

UTJECAJ TRANSKATETERSKE IMPLANTACIJE AORTNOG ZALISKA NA TROMBOCITOPENIJU U BOLESNIKA S KRONIČNOM MIJELOMONOCITNOM LEUKEMIJOM; PRIKAZ SLUČAJA

Karla Klešćić¹; Petra Baumgartner²(mentor); Vjekoslav Tomulić^{1,2}(mentor); Filip Brusić³(mentor)

1 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za bolesti srca i krvnih žila

3 - Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za internu medicinu

KORESPONDENTNI AUTOR: Karla Klešćić, karla.klescic2@gmail.com

Uvod: Trombocitopenija je česta manifestacija kroničnih mijelodisplastičnih i preklapajućih mijeloproliferativnih sindroma te zahtijeva redovito praćenje i oprez pri primjeni antitrombotične i antikoagulantne terapije. Teška aortna stenoza može uzrokovati mehaničku destrukciju krvnih elemenata zbog povećanih hemodinamskih sila te dodatno pogoršati postojeće citopenije. Prikazujemo slučaj bolesnika s kroničnom mijelomonocitnom leukemijom kod kojeg je nakon transkateterske implantacije aortnog zaliska (TAVI) došlo do porasta vrijednosti trombocita i parcijalnog oporavka trombocitopenije.

Prikaz slučaja: Bolesnik, muškarac rođen 1948. godine, s recentno potvrđenom kroničnom mijelomonocitnom leukemijom i trombocitopenijom, upućen je na kardiološku obradu zbog progresivne dispneje. Tijekom hematološkog praćenja bilježene su stabilno snižene vrijednosti trombocita u rasponu umjerene trombocitopenije, bez znakova hemoragijske diateze i potrebe za specifičnim liječenjem. Kardiološkom obradom verificirane su fibrilacija atrija i teška aortna stenoza te je bolesnik multidisciplinarnom odlukom prihvaćen za TAVI. Zbog blage do umjerene trombocitopenije uveden je apiksaban u reduciranoj dozi. Tijekom TAVI zahvata došlo je do aktivne ekstrasvazacije na mjestu punkcije femoralne arterije, uz ugradnju stent-grafta, te do razvoja potpunog atrioventrikularnog bloka. U ranom postoperativnom tijeku zabilježen je značajan pad trombocita do najniže vrijednosti od $7 \times 10^9/L$. S obzirom na fibrilaciju atrija, recentnu ugradnju stent-grafta i potrebu za antikoagulantnom i antiagregacijskom terapijom, teška trombocitopenija predstavljala je značajan klinički izazov. U dogovoru s hematologom pauzirana je peroralna antikoagulantna terapija, uvedeni su fondaparin u reduciranoj dozi i acetilsalicilna kiselina te je provedena korekcija trombocitopenije. AV provođenje se spontano oporavilo unutar 24 sata, bez potrebe za trajnom elektrostimulacijom. Tijekom hospitalizacije nije bilo znakova krvarenja, a trombociti su se postupno vratili na početne vrijednosti. Na kontrolnom pregledu zabilježen je daljnji porast trombocita do razine blage trombocitopenije, uz ponovno uvođenje apiksabana u reduciranoj dozi.

Zaključak: Prikazani slučaj ukazuje na svakodnevne izazove u liječenju bolesnika s trombocitopenijom i potrebom za antikoagulantnom i antiagregacijskom terapijom kao i na moguću ulogu teške aortne stenoze kao reverzibilnog pogoršavajućeg čimbenika trombocitopenije u bolesnika s kroničnom mijelomonocitnom leukemijom te naglašava važnost razmatranja kardioloških uzroka citopenija u bolesnika s višestrukim komorbiditetima.

Ključne riječi: Aortna stenoza; Kronična mijelomonocitna leukemija; Transkateterska implantacija aortnog zaliska; Trombocitopenija

PNEUMOCYSTIS JIROVECI PNEUMONIJA U KASNOM POSTTRANSPLANTACIJSKOM RAZDOBLJU; PRIKAZ SLUČAJA

Lea Županović¹; Ivona Vrbančić¹; Jana Vidić¹; Nadira Duraković (Mentor)²

1 - Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Lea Županović, lea.zupanovic@hotmail.com

Uvod: Respiratorne komplikacije nakon alogene transplantacije krvotvornih matičnih stanica predstavljaju dijagnostički i terapijski izazov. U imunokompromitiranih bolesnika diferencijalna dijagnoza uključuje bakterijske i oportunističke infekcije, ali i neinfektivne uzroke poput graft-versus-host disease (GVHD).

Prikaz slučaja: Prikazujemo bolesnicu u dobi od 63 godine sa sekundarnom mijelofibrozmom iz policitemije vere, liječenu alogeničnom transplantacijom perifernih krvotvornih matičnih stanica nesrodnog HLA-podudarnog darivatelja. U ranom posttransplantacijskom tijeku razvila je kožni GVHD, inicijalno liječen sistemskim kortikosteroidima bez adekvatnog odgovora te je u drugoj liniji liječena JAK2-inhibitorom uz povoljan odgovor. Imunosupresivna terapija potom je ukinuta, bez znakova aktivnog GVHD-a. Dvije godine nakon transplantacije bolesnica se javlja zbog suhog kašlja u trajanju od šest tjedana. Zbog perzistencije simptoma i pojave febriliteta do 38,3 °C uz dispneju u mirovanju učinjena je radiološka obrada kojom je potvrđena pneumonija, te je započeto liječenje amoksicilin/klavulanskom kiselinom. Zbog kliničkog pogoršanja hospitalizirana je i liječena ceftriaksonom i azitromicinom. Usprkos terapiji dolazi do porasta upalnih parametara, zbog čega je terapija promijenjena na meropenem, vankomicin i levofloksacin, uz istodobnu primjenu flukonazola i kotrimoksazola. Mikrobiološki uzorci ostali su sterilni. Tijekom hospitalizacije dolazi do pogoršanja respiratornog statusa uz potrebu za oksigenoterapijom. Višeslojna kompjutorizirana tomografija (MSCT) toraksa pokazala je obostrane ground-glass promjene s manjim zonama konsolidacije, što je otvorilo sumnju na plućni GVHD. Bolesnica je premještena u Klinički bolnički centar, gdje je zbog respiratorne insuficijencije liječena visokoprotocnim nazalnim kisikom. Zbog povišene vrijednosti beta-D-glukana uz negativan galaktomanan posumljalo se na infekciju *Pneumocystis jirovecii* te je flukonazol zamijenjen posakonazolom i uveden sulfometoksazol-trimetoprim u visokoj dozi. Zbog povoljnog odgovora na terapiju zaključeno je da se radilo o pneumoniji uzrokovanoj s *Pneumocystis jirovecii* bez jasnih dokaza plućnog GVHD-a, te je bolesnica otpuštena u dobrom općem stanju.

Zaključak: Ovaj slučaj prikazuje složenost dijagnostike respiratornih komplikacija u kasnom posttransplantacijskom razdoblju. Povišeni beta-D-glukan uz negativne mikrobiološke nalaze može upućivati na oportunističku infekciju *Pneumocystis jirovecii*, dok radiološki nalaz može imitirati plućni GVHD. Iako rijetka, i uobičajena u ranijem poslijetransplantacijskom razdoblju, mogućnost infekcije *Pneumocystis jirovecii* treba se uzeti u obzir u diferencijalnoj dijagnozi.

Ključne riječi: Alogena transplantacija krvotvornih matičnih stanica; Bolest presatka protiv primatelja; Oportunističke infekcije; Pneumocistična pneumonija

MOLEKULARNO VOĐENO SUSTAVNO LIJEČENJE EGFR-MUTIRANOG ADENOKARCINOMA PLUĆA S RAZVOJEM REZISTENCIJE; PRIKAZ SLUČAJA

Lucija Marić¹; Petra Forić¹; Ivona Vrbančić¹; Jasna Radić²

1 - Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

2 - Zavod za onkologiju i radioterapiju, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Jasna Radić, jasna.radic@kbcsm.hr

Uvod: Adenokarcinom pluća najčešći je podtip nesitnostaničnog karcinoma pluća. U tom tipu često je prisutna mutacija gena za receptor epidermalnog čimbenika rasta (EGFR) što omogućuje primjenu ciljane terapije kojom se može postići značajan terapijski odgovor. Jedan od glavnih problema ciljane terapije je razvoj rezistencije, koja najčešće nastaje zbog mutacije T790M na EGFR genu.

Prikaz slučaja: Bolesnica, rođena 1964. godine, do tada uglavnom zdrava, javlja se na bolničku obradu zbog magnetskom rezonancom verificirane patološke koštane pregradnje u L2 i L3 kralješku. Osim bolova u području lumbosakralne kralježnice, bez drugih je tegoba i bez odstupanja u osnovnim laboratorijskim nalazima. Radiološkom obradom otkriven je proliferativni proces u apikalnom segmentu gornjeg desnog plućnog režnja uz povišenu vrijednost karcinoembrionalnog antigena (CEA). Pozitronskom emisijskom tomografijom (PET/CT) opisana je metabolički aktivna tvorba u gornjem desnom plućnom režnju uz zahvaćenost medijastinalnih limfnih čvorova te osteolitičke lezije u L2 i L3 kralješku. Nakon bronhoskopije je citološki postavljena dijagnoza adenokarcinoma pluća, a molekularnom analizom dokazana je EGFR mutacija. Zbog metastaza provedena je stabilizacija L2 kralješka i palijativna radioterapija područja L2-L4. Započeta je ciljana terapija EGFR inhibitorom, afatinibom. Nakon 10. ciklusa terapije PET/CT-om je utvrđena značajna morfološka i potpuna metabolička regresija primarnog tumora te medijastinalne limfadenopatije i koštanih presadnica. Nakon 22. ciklusa terapije utvrđen je porast prekarinalnog limfnog čvora s blagom metaboličkom aktivnošću. Biopsijom limfnog čvora potvrđena je progresija bolesti i dokazana mutacija rezistencije T790M. Provedena je stereotaktička radioterapija (SBRT) prekarinalnog limfnog čvora i nastavljena terapija afatinibom. U daljnjem tijeku liječenja otkriva se novonastali solidni nodus u desnom gornjem plućnom režnju. Učinjena je SBRT nodusa te je započeta druga linija ciljanog liječenja osimertinibom tijekom kojeg kontrolne radiološke pretrage pokazuju potpunu morfološku i metaboličku regresiju, bez znakova aktivnosti maligne bolesti. Bolesnica se liječi duže od 8 godina.

Zaključak: Prikazani slučaj ističe značaj molekularno-genetski temeljenog liječenja kao i multimodalnog pristupa u poboljšanju terapijskih ishoda u bolesnika s proširenim nesitnostaničnim karcinomom pluća.

Ključne riječi: Adenokarcinom pluća; Inhibitori receptora epidermalnog čimbenika rasta; Rezistencija neoplazmi na lijekove

ZENKEROV DIVERTIKUL; PRIKAZ SLUČAJA

Vanesa Augustić¹; Mia Mihaela Mašina¹; Eva Benjak¹; doc. dr. sc. Čubranić Aleksandar, dr. med. (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet, Sveučilište u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za gastroenterologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Vanesa Augustić, vaugustic@uniri.hr

Uvod: Zenkerov divertikul je divertikul koji se razvija u području hipofarinksa. Budući da uključuje samo mukozu i submukozu, smatra se lažnim divertikulom. Nastaje kao stečena hernijacija sluznice između horizontalnih i kosih vlakana krikofaringealnog mišića, uslijed povišenog intraluminalnog tlaka tijekom gutanja koji dovodi do dehiscencije mišića. Riječ je o rijetkom poremećaju jednjaka, češćem u starijoj dobi, s vrhuncem incidencije između 70. i 80. godine života.

Prikaz slučaja: Prikazan je slučaj 83-godišnjeg muškarca koji se u srpnju 2023. javlja zbog tegoba pri gutanju. U terapiji je već imao pantoprazol 40 mg. Navodi čestu žgaravicu nakon provocirajućih obroka te osjećaj zapinjanja krute hrane u gornjem dijelu jednjaka i grlu, bez poteškoća s gutanjem tekućina. Učinjena je ezofagogastroduodenoskopija (EGDS) koja je pokazala uredan lumen jednjaka, Schatzkijev prsten iznad Z-linije te manju hijatalnu herniju. Zbog pogoršanja disfagije i osjećaja suhoće usta u rujnu 2024. upućen je na dodatne pretrage, uključujući ultrazvuk i scintigrafiju štitnjače, bez jasnog patološkog nalaza. Zbog perzistentnih simptoma učinjena je gastroskopija kojom se vizualizira Zenkerov divertikul. RTG pasaža jednjaka u svibnju 2025. prikazala je divertikul veličine oko $2,5 \times 3$ cm s nepotpunim pražnjenjem, regurgitacijom kontrasta i prisutnom hijatalom hernijom te je s pacijentom dogovoren endoskopski tretman. Naposljetku se učini EGDS u anesteziji te se učini endoskopska disekcija zida divertikula DualKnife J kateterom (krikofaringealna miotomija) uz postavljanje hemoklipse na reznju plohu. Postoperativni tijek bio je uredan uz profilaktičku primjenu cefazolina i metronidazola te je postavljena nazogastrična sonda. Pacijent je hospitaliziran zbog opservacije, a drugi dan se izvadi nazogastrična sonda i započne hranjenje na usta. Preporuka je ambulantno učiniti CT vrata i pasažu.

Zaključak: Zenkerov divertikul rijetka je bolest faringoezofagealnog područja koja se prezentira disfagijom, odinofagijom i regurgitacijom neprobavljene hrane. Liječenje uključuje otvorene kirurške zahvate i endoskopsku divertikulotomiju, pri čemu je endoskopski pristup povezan s manjim rizikom komplikacija i nižom smrtnošću. Unatoč rijetkosti, Zenkerov divertikul potrebno je razmotriti kao mogući uzrok kod bolesnika s orofaringealnom disfagijom, budući da neliječen može dovesti do značajnih komplikacija, u vidu aspiracijske pneumonije, pothranjenosti i rijetko perforacije jednjaka.

Ključne riječi: Disfagija; Endoskopija; Ezofagogastroduodenoskopija; Zenkerov divertikul

AMIODARONSKA PLUĆA- TEŠKA NUSPOJAVA TERAPIJE KARDIOLOŠKOG BOLESNIKA; PRIKAZ SLUČAJA

Lori Lovrenčić¹; Sara Martinović²; Frano Marinelli (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Zavod za pulmologiju, Klinika za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Lori Lovrenčić, lorilovrencic@yahoo.com

Uvod: Amiodaron je antiaritmik III. skupine korišten za liječenje različitih vrsta aritmija. Lijek je sporog prolaza i tendencije nakupljanja u tkivima, uključujući i u plućima, što pri dugotrajnom uzimanju može dovesti do plućne toksičnosti. Pod povišenim rizikom su pacijenti starije životne dobi, oni s većom dozom i dužinom primjene lijeka. Iako kroničnog karaktera, često se prezentira akutno. Klinička slika može nalikovati infektivnoj upali pluća, stoga je za postavljanje točne dijagnoze važna temeljita obrada.

Prikaz slučaja: 78-godišnji muškarac dovezen je u hitni prijem zbog progresivne dispneje. Navodi suhi kašalj i febrilitet unazad 3 tjedna. Od ranije boluje od kroničnog zatajivanja srca, hipotireoze, ishemijske dilatativne kardiomiopatije i arterijske hipertenzije. 2005. učinjena premosnica koronarne arterije; kronična terapija prema smjernicama. Radi epizode ventrikularne tahikardije 2013. implantiran kardioverter defibrilator, u terapiju uveden amiodaron. Po dolasku tlak 160/80 mmHg, puls 80/min, zasićenje kisikom 63%, auskultatorno obostrano difuzno krepitacije. Od obrade na radiogramu grudnih organa opisana opsežna obostrana inhomogena zasjenjenja, u laboratorijskim nalazima leukocitoza i povišen C-reaktivni protein (150 mg/L), u acidobaznom statusu hipoksemijska respiracijska insuficijencija. Po hospitalizaciji započinje liječenje dvojnog antibiotikom terapijom uz tromboprofilaksu i gastroprotekciju. Zbog teške respiracijske insuficijencije postavlja se nosna kanila visokog protoka. Unatoč padu upalnih parametara i afebrilitetu bez oporavka respiratornog statusa. Radi dugogodišnjeg uzimanja amiodarona i kliničke slike postavi se sumnja na amiodaronska pluća. Učinjena kompjutorizirana tomografija visoke rezolucije toraksa opisuje difuzne bilateralne konsolidacije s bronhiektazijama i znakovima fibroze, bez znakova pneumonije i plućne embolije, što može odgovarati amiodaronskim plućima. Radi atipičnih infiltrata na inicijalnom radiogramu grudnih organa amiodaron ukinut već prvog dana hospitalizacije. Po provedenoj antibiotskoj terapiji te isključenoj perzistenciji upalnih infiltrata primjenjene visoke doze metilprednizolona kroz 3 dana uz postepenu deeskalaciju. Unatoč svim poduzetim mjerama liječenja 10. dan hospitalizacije dolazi do progresivnog pogoršanja respiratornog statusa i smrtnog ishoda.

Zaključak: Amiodaron je često neizostavan u kardioloških bolesnika, no treba imati na umu njegove brojne nuspojave, osobito plućnu toksičnost. Prikazani slučaj demonstrira važnost redovitog praćenja plućne funkcije bolesnika na dugotrajnoj terapiji amiodaronom zbog prevencije progresije bolesti do točke bez terapijskog odgovora.

Ključne riječi: Amiodaron; Plućna fibroza; Plućne bolesti, intersticijske; Toksičnost lijekova

SINKOPA KAO UPOZORENJE: ATIPIČNA PREZENTACIJA HIPERTROFIČNE OPSTRUKTIVNE KARDIOMIOPATIJE - PRIKAZ SLUČAJA

Sara Rupić¹; Duška Glavaš²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Split, Split, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Sara Rupić, sara.rupic21@gmail.com

Uvod: Hipertrofična opstruktivna kardiomiopatija (HOCM) urođeni je ili stečeni poremećaj karakteriziran hipertrofijom miokarda uz dijastoličku disfunkciju. Simptomi uključuju dispneju, bol u prsima, sinkopu te iznenadnu srčanu smrt. Cilj ovog rada je prikazati neobičnu kliničku prezentaciju povišenja troponina bez infarkta kod pacijentice s HOCM i pronađenom *mid-cavity* opstrukcijom.

Prikaz slučaja: 73-godišnja pacijentica koja se duži niz godina liječi zbog paroksizmalne fibrilacije atrijske, šećerne bolesti tipa 2 i arterijske hipertenzije inicijalno je hospitalizirana na traumatologiji OB Šibenik zbog pada u razini nakon tri sinkopalna događaja. Tijekom hospitalizacije premještena je na odjel kardiologije radi daljnje obrade. Učinjen je ultrazvuk srca i verificirana je opstrukcija izlaznog trakta lijeve klijetke (LVOT) uz brzine do 6 m/s, uz to zabilježen je i porast hsTroponina (121.0 ng/L) te je upućena na invazivnu kardiološku obradu u KBC Split. Zbog porasta troponina postavljena je sumnja na akutni koronarni sindrom bez elevacije ST spojnice. Po dolasku u KBC Split učinjena je perkutana koronarna intervencija kojom je utvrđen uredan nalaz epikardijalnih koronarnih arterija. Prilikom intervencije, invazivnim mjerenjem tlakova u lijevoj klijetki, postavljena je sumnja na *mid-cavity* opstrukciju. Transtorakalnim ehokardiogramom nađena je HOCM uz sistolički anteriorni pomak s opstrukcijom u LVOT-u u mirovanju gradijenta do 39 mmHg, u Valsalvi do 51 mmHg i u srednjem segmentu lijeve klijetke do 127 mmHg.

Evaluacijom medicinske dokumentacije, invazivnim mjerenjem i ehokardiogramom indicirana je invazivna septalna redukcijska terapija. Tijekom septalne ablacije implantirane su četiri zavojnice u periferiju odabrane Sept1. Postigla se postupna okluzija Sept1 uz elemente početne redukcije LVOT gradijenta, čime je intervencija uspješno odrađena. Daljnji bolnički tijek protekao je bez komplikacija i pacijentica je premještena u OB Šibenik radi daljnje kontrole traume zadobivene pri padu.

Zaključak: Porast troponina bez koronarne bolesti može dovesti do dijagnostičke kontradikcije. Stoga je multimodalna dijagnostika ključna za uspješno i pravovremeno liječenje, kao što su u ovom slučaju porast troponina i sinkope navodili na infarkt, a dijagnostikom je potvrđena HOCM.

Ključne riječi: Hipertrofična opstruktivna kardiomiopatija; Septalna ablacija; Sinkopa

REZISTENTNA HIPERTENZIJA KAO POSLJEDICA TEŠKE SUPRARENALNE STENOZE AORTE; PRIKAZ SLUČAJA

Danijela Kegljević¹, Lara Jurković², Borna Jukić², Jelena Soldo¹

1 - Dom Zdravlja Zagreb – Centar, Zagreb, Hrvatska

2 - Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Danijela Kegljević, danijela.kegljevic1@gmail.com

Uvod: Rezistentna hipertenzija označava nedostatnu regulaciju arterijskog tlaka unatoč primjeni 3 ili više antihipertenziva različitih skupina, uključujući diuretik, u adekvatnim dozama. U takvim slučajevima uvijek treba razmišljati o sekundarnim uzrocima, među kojima su najčešće renovaskularne bolesti i rjeđe lezije aorte poput stenoza ili koarktacija, koje mogu ostati neprepoznate sve dok se ne pojave simptomi periferne ishemije. Incidencija rezistentne hipertenzije u općoj populaciji iznosi oko 10 posto.

Prikaz slučaja: Pacijentica se u siječnju 2025. prvi put javlja liječnici obiteljske medicine zbog porasta sistoličkog tlaka, koji je dosežao i 180 mmHg, a koji je uočila učestalijim mjerenjem tijekom pripreme za operaciju mrežne. Pojačana je terapija kombinacijom perindopрила, indapamida i amlodipina, no zbog perzistentno povišenih vrijednosti učinjen je holter tlaka u veljači 2025., koji je pokazao prosječnu vrijednost 165/80 mmHg. Terapija je potom regulirana uvođenjem kombinacije valsartana i hidroklorotiazida te amlodipina, a postupno je dodan i moksonidin. Zbog izražene suhoće usta moksonidin je ukinut, uveden je urapidil, no u travnju 2025. dnevnik tlaka i dalje pokazuje vrijednosti od 170/80 mmHg te je pacijentica upućena nefrologu. U svibnju 2025. kolor dopler renalnih arterija sugerira moguću stenozu na ishodištu desne renalne arterije te se preporučuje CTA (kompjutorizirana tomografska angiografija) angiografija. CTA je prikazala kalcificiranu suprarenalnu stenozu aorte oko 80 posto neposredno iznad izlazišta renalnih arterija, okluziju *truncus coeliacus* te stenozu *a. mesenterice superior*. Desna renalna arterija je kruničasto oblikovana, što može ukazivati na fibromuskularnu displaziju. Vaskularni kirurg je na temelju pregleda i nalaza CTA indicirao operacijsko liječenje.

Zaključak: Iako je sekundarna hipertenzija znatno rjeđa od primarne, na nju treba svakako posumnjati kod rezistentne hipertenzije, osobito ako je praćena znakovima periferne arterijske bolesti kao što su oslabljene pulzacije, klaudikacije i progresivna dispneja pri naporu. Pravovremena dijagnostika poput holtera tlaka, kolor doplera, CTA i multidisciplinarni pristup mogu otkriti rijetke, ali liječive uzroke, kao što je bio slučaj kod naše pacijentice.

Ključne riječi: Urapidil; Visok krvni tlak; Valsartan; Zaduha

AKUTNO POGORŠANJE KRONIČNE BOLESTI JETRE NEJASNE ETIOLOGIJE S FATALNIM ISHODOM; PRIKAZ SLUČAJA

Adriana Klobučarić¹; Alojzije Lacković (Mentor)^{1,2}, Sandra Milić^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 – Zavod za gastroenterologiju, KBC Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Adriana Klobučarić, adriana.klobucaric02@gmail.com

Uvod: Akutno pogoršanje kronične bolesti jetre (eng. *acute-on-chronic liver failure*, ACLF) klinički je sindrom obilježen naglim razvojem jetrene i izvanjetrenih organskih disfunkcija u bolesnika s prethodno postojećom kroničnom bolešću jetre. Zbrinjavanje ACLF-a predstavlja klinički izazov zbog heterogene etiologije, multisustavnih komplikacija i visoke incidencije smrtnih ishoda unatoč poduzetim mjerama intenzivnoga liječenja.

Prikaz slučaja: 60-godišnja pacijentica hospitalizirana je u jedinicu intenzivne njege zbog akutnog jetrenog zatajenja. U anamnezi pacijentica boluje od nealkoholne masne bolesti jetre, šećerne bolesti tipa 2 te perifernog T-staničnog ne-Hodgkinova limfoma, u sklopu čega je ranije provedena kemoterapija, autologna transplantacija krvotvornih matičnih stanica (07/2023.) te alogenična transplantacija perifernih matičnih stanica od HLA-podudarnog brata (04/2024.), bez znakova relapsa osnovne bolesti. Jetreno zatajenje klinički se očitovalo ikterusom, sniženom sintetskom funkcijom jetre, ascitesom i hepatalnom encefalopatijom. Po prijemu su učinjeni ultrazvuk abdomena te kompjutorizirana tomografija (CT) toraksa, abdomena i zdjelice koje su pokazale znakove kronične bolesti jetre bez jasnog precipitacijskog uzroka pogoršanja/relapsa hematološke bolesti. Učinjenom laboratorijskom te slikovnom obradom se također nije pronašla moguća infekcija kao uzrok zatajenja, dok je učinjeni CT mozga urednog nalaza. Započeto je intenzivno konzervativno liječenje koje je uključivalo parenteralnu hidraciju, empirijsku intravensku antibiotsku terapiju, gastroprotekciju, vitamin K, sistemnu kortikosteroidnu terapiju, terapiju hepatalne encefalopatije, nadoknadu humanim albuminima te krvnim pripravcima.

Zbog razvoja anurije nejasne etiologije započeta je kontinuirana nadomjesna bubrežna terapija, uz provedbu plazmafereze. Opsežna etiološka obrada jetrene bolesti bila je negativna, uz prisutnost anti-LC-1 protutijela (bez dijagnostičkog značenja). Transjugularna biopsija jetre nije ukazala na jasnu etiologiju jetrene bolesti, dok je punkcijom koštane srži isključen relaps limfoma. Unatoč poboljšanju laboratorijskih parametara, kliničko stanje nije pokazivalo napredak. Dana 17.12.2025. dolazi do naglog pogoršanja s kardiorespiratornim arestom (moguće zbog aspiracije želučanog sadržaja) s letalnim ishodom unatoč naprednim mjerama oživljavanja.

Zaključak: Prikaz ističe fulminantni oblik ACLF-a nejasne etiologije, moguće autoimunog, metaboličkog ili podrijetla ranijeg liječenja hematološke bolesti naglašavajući dijagnostičku kompleksnost i ograničene terapijske mogućnosti unatoč intenzivnom liječenju.

Ključne riječi: Akutno zatajenje jetre; Hepatična encefalopatija; Višestruko zatajenje organa

DISPNEJA KAO JEDINI SIMPTOM SARKOIDOZE: PRIKAZ SLUČAJA

Lucija Skejić¹; Anđela Krišto¹; Vide Popović (Mentor)²

1 - Medicinski fakultet Split, Sveučilište u Splitu, Split, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Split, Klinika za plućne bolesti, Split, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Lucija Skejić, skejiclucija@gmail.com

Uvod: Sarkoidoza je idiopatska, multisistemska, kronična, upalna, granulomatozna bolest nepoznate etiologije. Obilježena je stvaranjem konfluirajućih nekazeoznih granuloma, a najčešće zahvaća pluća i limfne čvorove. Incidencija sarkoidoze u svijetu je 1-15/ 100 000. Najčešće su simptomi nespecifični poput umora i iscrpljenosti, suhog i dugotrajnog kašlja te dispneje, a mogućnost mimikrije s drugim bolestima predstavlja dijagnostički izazov.

Prikaz slučaja: Pedesetosmogodišnji bolesnik, kojemu su u srpnju 2020. godine implantirana tri stenta u koronarne arterije, hospitaliziran je na Kliniku za bolesti srca i krvnih žila u prosincu 2020. zbog progresivne dispneje praćene značajnom hipoksemijom. Učinjenom obradom isključeno je akutno koronarno zbivanje. Učinjen mu je višeslojna kompjutorizirana tomografija toraksa kojim se opišu difuzni konfluirajući punktiformni nodusi perilimfatične distribucije s opsežnim arealima „mliječnog stakla” te brojni uvećani limfonodi medijastinuma do 5 x 3 cm, po tipu moguće sarkoidoze. Daljnjom obradom isključen je imunološki uzrok bolesti. Pri bronhoskopiji se učini transbronhalna biopsija pluća, a patohistološki nalaz govorio je u prilog kronične granulomatozne upale, odnosno sarkoidoze. Angiotenzin konvertirajući enzim i serumski kalcij bili su unutar referentnih vrijednosti. Nalaz testova plućne funkcije odgovarao je teškim restriktivnim smetnjama ventilacije. Od prijema je liječen metilprednizolonom i oksigenoterapijom, a po prispjeću patohistološke potvrde sarkoidoze doza je povišena na 2 mg/kg uz postepenu deeskalaciju. Zbog perzistentnih zaostalih tegoba i ostatnog radiološkog nalaza kroz godinu dana u terapiji je uz oksigenoterapiju i metilprednizolon imao i metotreksat što je praćeno radiološkom regresijom promjena na plućima i poboljšanjem nalaza testova plućne funkcije. Kroz vrijeme je postao asimptomatski uz potpunu regresiju promjena plućnog parenhima i medijastinalne limfadenopatije te je posljednjih godinu dana bez diferentne terapije.

Zaključak: Prikazan je bolesnik sa sarkoidozom koja se manifestirala radiološki verificiranim opsežnim promjenama plućnog parenhima i medijastinalnom limfadenopatijom praćenih respiracijskom insuficijencijom i značajno narušenom plućnom funkcijom koji je potpuno klinički i radiološki odgovorio na terapiju. Sarkoidoza predstavlja izazov u dijagnostici zbog nespecifične kliničke slike i heterogene prezentacije uključujući dispneju kao čestu, ali etiološki nespecifičnu manifestaciju zbog čega je nužan multidisciplinarni dijagnostički pristup.

Ključne riječi: Dispneja; Metilprednizolon; Sarkoidoza

MULTIPLI MIJELOM KAO SEKUNDARNA ZLOĆUDNA BOLEST NAKON TRANSPLANTACIJE SRCA; PRIKAZ SLUČAJA

Una Korbar¹; Vanja Klarin¹; Marko Krklec¹; Josip Batinić (mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

2 – Zavod za hematologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Una Korbar, korbaruna@gmail.com

Uvod: Transplantacija srca predstavlja konačno liječenje ljudi s uznapredovalim zatajenjem srca kod kojih druge terapijske mjere nisu učinkovite. Nakon transplantacije srca nužna je dugotrajna imunosupresivna terapija radi prevencije odbacivanja presatka, no ona ujedno povećava rizik od infekcija i sekundarnih malignih bolesti. U prikazu slučaja obradit ćemo rijetku pojavu multiplog mijeloma kao sekundarnog tumora nakon transplantacije srca te terapijske izazove u liječenju bolesnika.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 62 godine (2017.) prezentirao se teškom ishemijskom kardiomiopatijom i terminalnim srčanim zatajenjem kao posljedicom koronarnih incidenata u mlađoj dobi. Zbog navedenog je učinjena transplantacija srca te je uvedena imunosupresivna terapija. Godinu dana nakon transplantacije biopsijom srca utvrđeno je stanično odbacivanje presatka, zbog čega su povišene doze imunosupresiva. Nakon korekcije terapije nije bilo znakova odbacivanja. U dobi od 70 godina (2025.), zbog bolova u leđima i radiološki dokazane patološke frakture desetog torakalnog kralješka, učinjena je kompletna obrada te biopsija kosti, kojom je potvrđena dijagnoza multiplog mijeloma IgA kappa tipa. S obzirom na dob, komorbiditete i prethodnu transplantaciju srca, odlučeno je da bolesnik nije kandidat za liječenje transplantacijom autolognih krvotvornih matičnih stanica. Lenalidomid, lijek prve linije u liječenju multiplog mijeloma, kontraindiciran je kod transplantiranih bolesnika zbog povećanog rizika od akutnog odbacivanja presatka solidnog organa. Zbog navedenih kontraindikacija liječenje bolesnika predstavljalo je velik terapijski izazov te je zahtijevalo pažljivo planiranje terapije i suradnju hematologa i kardiologa. Stoga je liječenje započeto kombinacijom daratumumaba, bortezomiba, melfalana i deksametazona, uz nastavak imunosupresivne terapije te redovit kardiološki i hematološki nadzor.

Zaključak: Sekundarni multipli mijelom kod bolesnika s transplantiranim solidnim organom predstavlja vrlo rijetku, ali ozbiljnu komplikaciju imunosupresivne terapije. Liječenje zahtijeva individualizirani i multidisciplinarni pristup s ciljem kontrole multiplog mijeloma, očuvanja funkcije presađenog srca i poboljšanja kvalitete života bolesnika.

Ključne riječi: Imunosupresivna terapija; Multipli mijelom; Transplantacija srca

AKUTNI MIOKARDITIS I NOVONASTALA SRČANA INSUFICIJENCIJA KAO RIJETKA MANIFESTACIJA SISTEMSKOG ERITEMSKOG LUPUSA: PRIKAZ SLUČAJA

Fran Peršić¹; Marija Rogoznica Pavlović²; Andrej Belančić³

1 - Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 - Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma „Thalassotherapia Opatija“, Opatija, Hrvatska

3 - Zavod za temeljnu i kliničku farmakologiju i toksikologiju, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Fran Peršić, fpersic1@student.uniri.hr

Uvod: Srčano zatajenje kao prvi i dominantni simptom autoimune bolesti rijedak je klinički entitet. Autoimuni miokarditis može se javiti u sklopu reumatoidnog artritisa, kolagenoza, Sjögrenova sindroma i vaskulitisa, stoga je za dijagnozu presudan multidisciplinarni pristup. Cilj ovoga rada je prikazati rijedak slučaj akutnog miokarditisa s novonastalom srčanom insuficijencijom autoimune etiologije.

Prikaz slučaja: 41-godišnja pacijentica hospitalizirana je zbog desetodnevnog progresivnog edema donjih ekstremiteta i smanjene tolerancije napora. Ranija anamneza, uz podatak o nedavno liječenoj infekciji mokraćnog sustava, bila je negativna za kardiovaskularne i druge kronične bolesti. Po prijemu je bila hemodinamski stabilna te optimalne tjelesne mase. U statusu su verificirani povišen arterijski tlak i sistolički šum nad mitralnim ušćem. Laboratorijskom obradom potvrđeni su povišeni upalni parametri, sideropenična anemija i značajno povišena razina N-terminalnog fragmenta pro-mozgovnog natriuretskog peptida (NT-proBNP-a; 3485 pg/mL). Infektivna obrada potvrdila je nedavnu infekciju *Chlamydophila pneumoniae*. Elektrokardiogramom su utvrđene difuzne elevacije ST-segmenta. Ehokardiografijom je zabilježena blago smanjena sistolička funkcija lijeve klijetke, koncentrično zadebljanje miokarda i umjerena mitralna regurgitacija. Magnetskom rezonancom srca prikazan je edem miokarda te fibroza neishemijske etiologije, u skladu s dijagnozom akutnog miokarditisa. Zbog perzistencije upalnih parametara i prisutnih poliartralgijskih bolova, unatoč odgovarajućoj antibiotskoj terapiji, provedena je imunološka obrada. Utvrđena je visokotitarna pozitivnost antinuklearnih protutijela (ANA, homogena i zrnata jezgra, titar >1:1280), značajno povišena anti-dsDNA protutijela (481 IU/mL) te snažno pozitivni nalazi anti-SS-A/Ro, anti-SS-B/La i anti-Ro52 protutijela. Dijagnoza sistemskog eritemskog lupusa (SLE) postavljena je prema SLICC kriterijima, uz značajke preklapanja sa Sjögrenovim sindromom. Diskretan eritem lica dodatno je podržao dijagnozu. Fabryjeva bolest i druga infiltrativna stanja miokarda isključena su dodatnim pretragama. Terapija srčane insuficijencije uvedena je prema važećim smjernicama, uz dodatak imunosupresivne terapije glukokortikoidima i hidrksiklorokinom. Postignut je dobar terapijski odgovor. Tijekom praćenja zabilježeno je postupno poboljšanje funkcije miokarda, značajan pad razine NT-proBNP-a te je praćenje nastavljeno.

Zaključak: Prikazani slučaj ilustrira rijetku prezentaciju akutnog miokarditisa i novonastale srčane insuficijencije u okviru SLE s pozitivnim protutijelima za Sjögrenov sindrom. Slučaj naglašava važnost široke diferencijalne dijagnostike i ranog multidisciplinarnog pristupa te ističe potrebu za dugoročnim praćenjem zbog rizika recidiva kardioloških manifestacija i sistemskih autoimunih aktivnosti.

Ključne riječi: Autoimune bolesti; Miokarditis; Sistemska eritematozna bolest; Sjögrenov sindrom; Zatajenje srca

INFILTRACIJA SREDIŠNJEG ŽIVČANOG SUSTAVA U RELAPSU ANGIOIMUNOBLASTIČNOG T-STANIČNOG LIMFOMA: PRIKAZ SLUČAJA USPJEŠNOG LIJEČENJA VISOKIM DOZAMA METOTREKSATA

Marko Krklec¹; Vanja Klarin¹; Una Korbar¹; Josip Batinić²

1 - Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za hematologiju, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Marko Krklec, marko.krklec@student.mef.hr

Uvod: Angioimunoblastični T-stanični limfom (AITL) je periferni T-stanični limfom karakteriziran hepatosplenomegalijom, generaliziranom limfadenopatijom, poliklonalnom hipergamaglobulinemijom, autoimunim poremećajima i sistemskim B simptomima. Nastaje iz folikularnih T-pomagačkih limfocita germinalnih središta limfnih čvorova. Infiltracija središnjeg živčanog sustava iznimno je rijetka - javlja se u manje od 5 % slučajeva i obično ukazuje na lošu prognozu.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 75 godina prezentirao se u travnju 2022. s pancitopenijom i generaliziranom limfadenopatijom. Biopsija limfnog čvora potvrdila je dijagnozu AITL s karakterističnim značajkama: atipični folikularni T-pomagački limfociti (CD3+, CD4+, PD1+, ICOS+, BCL6+), eozinofilija te EBV pozitivni B-imunoblasti. Početno liječenje provedeno je prema CEOP (ciklofosfamid, etopozid, prednizolon, vinkristin) protokolu, no nakon dva ciklusa terapije utvrđena je progresija bolesti. U srpnju 2022. bolesnik se počeo žaliti na opću slabost i nestabilnost u hodu zbog čega je bila provedena lumbalna punkcija koja je pokazala pleocitozu i povišene proteine što upućuje na infiltraciju središnjeg živčanog sustava. Mikrobiološka obrada isključila je infektivne uzroke, a kompjutorizirana tomografija (CT) i magnetska rezonanca (MR) mozga nisu pokazali lezije moždanog parenhima. Započeta je terapija druge linije ciklosporinom, intravenskim imunoglobulinima (IVIG) i visokim dozama kortikosteroida. Zbog zahvaćenosti središnjeg živčanog sustava započeta je primjena ciklusa metotreksata u visokim dozama (HD-MTX, četiri ciklusa). Liječenje se kompliciralo reaktivacijom citomegalovirusa (započeta je terapija valganciklovirom i specifičnim protutijelima Cytotect) i pojavom kožne reakcije na ciklosporin (prekinuta je terapija ciklosporinom). Kontrolna radiološka obrada pokazala je postupnu regresiju bolesti, a u listopadu 2024. potvrđena je potpuna remisija. Bolesnik je od tada ostao u trajnoj remisiji i u dobrom stanju te je nastavljena terapija održavanja intravenskim imunoglobulinima i kortikosteroidima.

Zaključak: Ovaj slučaj pokazuje da infiltracija središnjeg živčanog sustava u relapsu AITL-a, iako rijetka, može biti uspješno liječena protokolom primjene visokih doza metotreksata u kombinaciji s imunosupresijom.

Glavne riječi: Indukcija remisije; Limfom perifernih T-stanica; Metotreksat; Neoplazme središnjeg živčanog sustava

POJAVA POTENCIJALNO AUTOIMUNOSNOG ENCEFALITISA NAKON AUTOLOGNE TRANSPLANTACIJE KRVOTVORNIH MATIČNIH STANICA: PRIKAZ PACIJENTICE S MULTIPLIM MIJELOMOM

Vanja Klarin¹; Una Korbar¹; Marko Krklec¹; Josip Batinić²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Zagreb, Klinika za unutarnje bolesti, Zavod za hematologiju, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Vanja Klarin, klarin.vanja@gmail.com

Uvod: Multipli mijelom maligna je bolest plazma stanica koja se očituje njihovom proliferacijom u koštanoj srži te stvaranjem monoklalnog paraproteina. Sama bolest, ali i terapija, kemoterapeutičima i transplantacijom autolognih krvotvornih matičnih stanica može uzrokovati poremećaje središnjeg živčanog sustava (CNS), poput hiperviskoznog sindroma, infiltracije plazma stanicama, infekcija i autoimunskih procesa. Ovakva komplikacija, iako rijetka, može završiti s ozbiljnim zdravstvenim posljedicama za pacijenta.

Prikaz slučaja: Slučaj prikazuje šezdesetdvostručnu bolesnicu s multiplim mijelomom IgG kappa dijagnosticiranom u ožujku 2025. godine. Dijagnozi su prethodili simptomi umora i bolova u donjem dijelu leđa. Hematološkom obradom dokazan je IgG paraprotein, anemija, litičke lezije skeleta te infiltracija koštane sri s 30% plazma stanica. Liječena je uvodnom terapijom kombinacijom bortezomiba, lenalidomida i deksametazona (VRd protokol) te transplantacijom autolognih krvotvornih matičnih stanica u rujnu 2025. godine. U studenom 2025. bolesnica je hospitalizirana zbog dezorijentiranosti i poremećenog stanja svijesti (somnolencija). Učinjena je magnetska rezonanca (MR) mozga kojom su uočeni hiperintenzitet subkortikalne, duboke i periventrikularne bijele tvari, leptomeningealna imbibicija i suspektne mikroishemijske lezije uslijed kompromitacije krvotoka pritiskom mogućeg infiltrativnog procesa. Zbog sumnje na infiltraciju CNS-a plazma stanicama učinjena je i punkcija cerebrospinalnog likvora, a biokemijskom analizom dokazana je proteinorahija. Citološkom analizom i imunofenotipizacijom likvora nije nađeno plazma stanica u likvoru. Učinjena je i opsežna mikrobiološka analiza kojom nije nađen infektivni uzrok stanja. Bolesnica je inicijalno liječena empirijskom antimikrobnom terapijom te kasnije intravenskim imunoglobulinima (IVIG). Uz navedeno došlo je do potpunog oporavka stanja svijesti uz zaostalu naglušnost. Kontrolni MR pokazao je regresiju ranije opisanih promjena moždanog tkiva.

Zaključak: Ovaj slučaj prikazuje mogućnost pojave encefalitisa, moguće autoimune etiologije, kao posljedice multiplog mijeloma ili nuspojave povezane s transplantacijom autolognih krvotvornih matičnih stanica. Obje mogućnosti istražene su i dokazane u trenutnoj literaturi.

Ključne riječi: Autoimunosni encefalitis; Multipli mijelom; Transplantacija krvotvornih matičnih stanica

AKUTNI INTERSTICIJSKI NEFRITIS UZROKOVAN PRIMJENOM NAPROKSENA; PRIKAZ SLUČAJA

Lucija Vrbanc¹; Franka Vrtiprah¹; Dino Kasumović^{2, 3}; Ivica Horvatić^{1,2,3}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

2 - Farmaceutsko - biokemijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

3 – Zavod za nefrologiju i dijalizu, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Lucija Vrbanc, lucijavrbanc6@gmail.com

Uvod: Akutni intersticijski nefritis (AIN) predstavlja idiosinkratičnu, najčešće imunološki posredovanu reakciju bubrega, koja se javlja nakon izloženosti određenim lijekovima. Među učestalije ubrajamo nesteroidne protuupalne lijekove (NSARi), antibiotike te inhibitore protonske pumpe. NSAR-i su među najčešće korištenim analgeticima u općoj populaciji, a mogu uzrokovati nefrotoksičnost putem više mehanizama, a AIN se može razviti i nakon kratkotrajne primjene.

Prikaz slučaja: Muškarac u dobi od 57 godina, hospitaliziran je zbog akutnog pankreatitisa uz kolestatski obrazac jetrene lezije. Riječ je o pacijentu s dugogodišnjom arterijskom hipertenzijom, pretilošću, šećernom bolesti tipa 2 i vaskularnim komplikacijama iste. Utvrđeno je i teško akutno bubrežno oštećenje (najviši kreatinin 796 $\mu\text{mol/l}$). Provedeno je liječenje rehidracijom, korekcijom hiperkalemije te meropenemom zbog kolangitisa, a nakon učinjene endoskopske retrogradne kolangiopankreatografije s ekstrakcijom konkrementa zabilježen je pad kolestaze. Zbog perzistencije i progresije bubrežnog oštećenja pacijent je preuzet od strane nefrologa te je u dva navrata provedena akutna hemodijaliza. Radi razjašnjenja etiologije bubrežnog oštećenja, učinjena je biopsija bubrega, kojom je utvrđena dijabetička nefropatija 3. stupnja uz superponirani teški AIN. Detaljnom anamnezom utvrđeno je da je bolesnik prije hospitalizacije od novih lijekova u nekoliko navrata uzimao naproksen zbog fantomskih bolova, a inače prije toga duže vrijeme nije uzimao lijekove za bolove. S obzirom na navedeno postavljena je dijagnoza AIN nakon primjene NSAR-a. Nakon uvođenja kortikosteroidne terapije po shemi bilježi se postupni pad vrijednosti kreatinina i albuminurije, poboljšanje kliničkog statusa i smanjenje upalnih parametara, uz daljnje poboljšanje nakon dva mjeseca te potpuni oporavak ekskrecijske bubrežne funkcije nakon šest mjeseci.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja ukazuje na potencijalnu nefrotoksičnost NSAR-a te, osim potrebe za njihovom racionalnom primjenom (osobito u bolesnika s postojećim bubrežnim oštećenjem), naglašava kako su ponekad moguće i ozbiljne komplikacije nakon kratkotrajne primjene. Stoga je važno pravodobno prepoznavanje i liječenje, a svakako i detaljna anamneza o uzimanju lijekova i pripravka i izvan propisane kronične terapije.

Ključne riječi: Akutni intersticijski nefritis; Akutno bubrežno oštećenje; Nesteroidni protuupalni lijekovi

DIJABETES IZAZVAN INHIBITORIMA IMUNOLOŠKIH KONTROLNIH TOČAKA – PRIKAZ SLUČAJA

Marija Magdalena Purgar¹; Ivana Šarac¹; Marina Matić¹; Ema Schönberger (Mentor)²

1 - Medicinski fakultet Osijek, Osijek, Republika Hrvatska

2 - Klinika za endokrinologiju, Klinički bolnički centar Osijek, Osijek, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Ema Schönberger, ema.schonberger7@gmail.com

Uvod: Inhibitori imunoloških kontrolnih točaka (ICI) predstavljaju revolucionaran napredak u liječenju uznapredovalih malignih bolesti te su pokazali visoku učinkovitost u terapiji melanoma i karcinoma pluća. Međutim, rijetka, ali ozbiljna nuspojava ove terapije jest razvoj novonastalog dijabetesa, koji se često prezentira nepredvidivo i može dovesti do po život opasne dijabetičke ketoacidoze. Procjenjuje se da se ova imunoposredovana nuspojava javlja u približno 1 % bolesnika liječenih ICI terapijom.

Prikaz slučaja: Prikazujemo slučaj 76-godišnjeg muškarca hospitaliziranog zbog liječenja dijabetičke ketoacidoze. U anamnezi je imao metastatski melanom s metastazama u mozgu, liječen 2022. godine kirurškim zahvatom, radioterapijom i s deset ciklusa imunoterapije pembrolizumabom. Od ostalih komorbiditeta bolesnik boluje od Parkinsonove bolesti, arterijske hipertenzije i hiperlipidemije. Pri prijemu je naveo tjedan dana dugu anamnezu polidipsije, poliurije i nokturije. Početna vrijednost glikemije iznosila je 21,4 mmol/L, uz laboratorijski potvrđenu metaboličku acidozu (pH 7,259) i ketonuriju. Daljnjom obradom utvrđena je izrazito snižena razina C-peptida u serumu (0,06 nmol/L), čime je potvrđena dijagnoza dijabetesa melitusa tipa 1 s potpunim izostankom endogene sekrecije inzulina. Započeta je intenzivirana inzulinska terapija (inzulin aspart uz obroke i 16 jedinica bazalnog inzulina degludeka u 22 sata), uz dijetetske mjere i nastavak kronične terapije za ostala komorbidna stanja.

Zaključak: Prikazani slučaj potvrđuje da dijabetes povezan s inhibitorima imunoloških kontrolnih točaka predstavlja rijetku, ali potencijalno po život opasnu nuspojavu. Naglašava se potreba za sustavnom edukacijom bolesnika o simptomima hiperglikemije, rutinskim praćenjem glikemije kod svih bolesnika na ICI terapiji te primjenom multidisciplinarnog kliničkog pristupa.

Ključne riječi: Dijabetes melitus tip 1; Dijabetička ketoacidoza; Inhibitori imunoloških kontrolnih točaka; Melanom

TAKOTSUBO KARDIOMIOPATIJA NAKON PULMEKTOMIJE: PRIKAZ SLUČAJA

Jakov Jurlina¹, Ema Ralić¹, Gordana Bačić²

1 - Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Rijeka, Hrvatska

KORESPODENTNI AUTOR: Jakov Jurlina, jakov.jurlina@gmail.com

Uvod: Takotsubo kardiomiopatija (TTK) je akutni i u pravilu reverzibilni klinički sindrom obilježen prolaznom sistoličkom disfunkcijom lijeve klijetke, uz prisutnost karakterističnih regionalnih poremećaja kontraktilnosti miokarda. Prema dosadašnjim spoznajama iz literature, smatra se da fizički ili emocionalni stresori, mogu potaknuti snažnu centralnu neurohumoralnu aktivaciju i posljedično lučenje povećanih koncentracija katekolamina koji zatim različitim patofiziološkim mehanizmima uzrokuju prolaznu omamljenost (engl. *stunning*) miokarda.

Prikaz slučaja: Sedamdesetogodišnja bolesnica s ranijom anamnezom arterijske hipertenzije, šećerne bolesti tipa 2 i hiperlipoproteinemije, zaprimljena je zbog hemoptize i epistakse. Učinjenom pulmološkom obradom i višeslojnom kompjuteriziranom tomografijom prsnog koša utvrđene su brojne cistične bronhiektazije desnog plućnog krila sa znakovima kronične upale. Nakon pregleda torakalnog kirurga, indicirana joj je desnostrana pulmektomija. Rani postoperativni tijek kompliciran je razvojem hematotoraksa desno i potrebom za revizijom hemostaze. Naknadno se u nastavku hospitalizacije bilježi nagli razvoj hemodinamske nestabilnosti i kliničke slike akutnog srčanog popuštanja zbog čega je bolesnica premještena u Jedinicu intenzivnog kardiološkog liječenja. Elektrokardiografski se tada zabilježe negativni T valovi u inferiornim i prednjim odvodima, a orijentacijskim ehokardiografskim pregledom smanjena ejekcijska frakcija lijeve klijetke (30%) uz akineziju apikalnih te očuvanu kontraktilnost bazalnih dijelova miokarda. S ciljem isključivanja akutnog koronarnog događaja učinjena je hitna koronarografija koja je bila uredna. U laboratorijskim nalazima bilježe se tek blago povišeni biomarkeri nekroze miokarda i značajno povišen NTproBNP (engl. *N-terminal pro-B-type natriuretic peptide*) kao marker zatajivanja srca. Obzirom na rezultate svih učinjenih pretraga postavljena je sumnja na TTK-u. Uz vazoaktivnu potporu, diuretik, ponovnu mehaničku ventilaciju i ostalu medikamentnu terapiju zatajivanja srca u bolesnice se postupno prati oporavak regionalne sistoličke disfunkcije i hemodinamska stabilizacija te se u konačnici uspješno odvoji od respiratora.

Zaključak: Iako je glavno obilježje TTK prolazna disfunkcija lijeve klijetke i dobra prognoza bolesnika, moguć je i nastup ozbiljnih, potencijalno fatalnih komplikacija poput zatajivanja srca i kardiogenog šoka, posebice kada je sindrom potaknut fizičkim stresorom. Pravovremeno prepoznavanje čimbenika rizika, postavljanje sumnje i dijagnoze uz odgovarajuće liječenje neophodni su kako bi ishodi bolesnika bili optimalni.

Ključne riječi: Fiziološki stres; Takotsubo kardiomiopatija; Zatajivanje srca

EPTIFIBATIDOM UZROKOVANA TROMBOCITOPENIJA U PACIJENTICE S AKUTNIM KORONARNIM SINDROMOM; PRIKAZ SLUČAJA

Ana Šerman¹; Nika Šašić¹; Jana Šinka¹; Ivana Jurin²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

2 – Klinika za bolesti srca i krvnih žila, Klinička bolnica Dubrava, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Ana Šerman, ana.serman10@gmail.com

Uvod: Antitrombotski lijek eptifibatid iz skupine inhibitora trombocitnih glikoproteinskih IIb/IIIa (GPIIb/IIIa) receptora sprječava vezivanje fibrinogena i agregaciju trombocita, a kao najčešća nuspojava njegovog djelovanja navodi se krvarenje. Iako se ne smatra da utječe na preživljavanje trombocita, nakon stavljanja lijeka u kliničku primjenu, zabilježeni su rijetki slučajevi trombocitopenije u pojedinih pacijenata.

Prikaz slučaja: 60-godišnja pacijentica hospitalizirana je zbog jake difuzne boli u prsima s iradijacijom u vrat. U anamnezi se ističu arterijska hipertenzija, dislipidemija te obrada zbog suspektnog Raynaudovog sindroma. Elektrokardiogram je pokazao ST-elevaciju u inferiornim odvodima. Učinjena je hitna koronarografija kojom je utvrđena subokluzija arterije cirkumflexae (ACx), nakon čega je izvršena perkutana koronarna intervencija (PCI) uz implantaciju *drug-eluting* stenta te balonska angioplastika prve obtuzne marginalne grane (OM1). Zbog usporenog protoka kroz OM1, postproceduralno je nastavljena infuzija eptifibatida. Za to vrijeme pacijentica razvija febrilitet do 38°C praćen zimicom i tresavicom uz istodobno progresivno sniženje broja trombocita, do najniže vrijednosti od $27 \times 10^9/L$. Na ordiniranu kortikosteroidnu terapiju i infuzije kristaloide prati se subjektivno poboljšanje općeg stanja uz postupni porast trombocita. Uzorci krvi poslani su na testiranje na prisutnost heparinom induciranih protutijela, pri čemu pristiže negativan nalaz. Prema mišljenju hematologa, klinička slika najvjerojatnije odgovara autoimunosnoj reakciji izazvanoj izraženom alergijskom reakcijom na eptifibatid, vjerojatno izazvanom križnom reaktivnošću. Pacijentica se nakon postizanja zadovoljavajućeg broja trombocita, iznad $100 \times 10^9/L$, otpušta uz preporuku daljnjeg praćenja kod nadležnog hematologa.

Zaključak: Iako mehanizam kojim eptifibatid uzrokuje trombocitopeniju i dalje nije posve razjašnjen, njegova se primjena povezuje s pojavom protutijela na receptore GPIIb/IIIa koje zauzima eptifibatid, što bi moglo upućivati na mehanizam reguliran imunološkim sustavom. Trombocitopenija koja se javlja nakon prve primjene eptifibatida mogla bi se objasniti postojanjem protutijela i kod inače zdravih osoba. Stoga je stalno praćenje broja trombocita prije početka i tijekom primjene eptifibatida od iznimne važnosti.

Ključne riječi: Akutni koronarni sindrom; Eptifibatid; Trombocitopenija

ODGOVOR ROS1-POZITIVNOG NESITNOSTANIČNOG KARCINOMA PLUĆA NA MINIMALNU TERAPIJSKU DOZU ENTREKTINIBOM; PRIKAZ SLUČAJA

Zora Rapić¹; Ana Rokvić²; Iris Vuković, dr.med. (Mentor)³

1,2 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

3 – Klinika za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Zora Rapić, zripic@student.uniri.hr

Uvod: Mutacija gena ROS proto-onkogen 1 prisutna je u približno 1-2,6% bolesnika s nesitnostaničnim karcinomom pluća, najčešće adenokarcinomom, osobito u žena i nepušača. Aktivacija fuzijskog ROS1 onkoproteina dovodi do pojačane tirozin-kinazne signalizacije i tumorskog rasta. Entrektinib, multikinazni inhibitor, predstavlja učinkovitu terapijsku opciju. Liječenje bolesnika s teškim komorbiditetima, poput kronične bubrežne bolesti, predstavlja poseban klinički izazov zbog potencijalne nefrotoksičnosti i potrebe za prilagodbom doze.

Prikaz slučaja: Sedamdesetsedmogodišnja žena je upućena u pulmološku ambulantu zbog progresije inhomogenog infiltrata u donjem desnom plućnom režnju u usporedbi s radiogramom učinjenim mjesec dana ranije te perzistirajuće dispneje. U anamnezi su prisutni kronično srčano zatajenje, trajna fibrilacija atrijske, arterijske hipertenzije te kronična bubrežna bolest stadij G4. Desetak dana prije pregleda liječena je zbog akutizacije kroničnog zatajenja srca, uz radiološki verificiran plućni infiltrat, te je započeta antibiotska terapija azitromicinom, bez značajnijeg kliničkog poboljšanja. Bolesnica nikada nije bila pušač, nije navodila kašalj ni prisutnost iskašljaja, a dispneju je opisivala tijekom posljednje godine s pogoršanjem u zadnjih mjesec dana. Zbog sumnje na malignu bolest učinjena je radiološka obrada (višeslojna kompjutorizirana tomografija i pozitronska emisijska tomografija/kompjutorizirana tomografija), kojom je utvrđen metabolički aktivan tumorski proces bazomedijalnog desnog donjeg plućnog režnja uz sekundarno uvećane limfne čvorove toga područja, kao i desno hilarno, subkarinalno i desno medijastinalno. Patohistološkom i molekularnom analizom potvrđen je ne-sitnostanični karcinom pluća; adenokarcinom s ROS1 preuredbom, uz negativan status anaplastične limfomske kinaze i programiranog liganda smrti 1 <1 %. Prema Tumor-Node-Metastasis klasifikaciji stadiran kao T4N2M0, klinički stadij IIIB. Započeto je liječenje entrektinibom u dozi od 600 mg uz redovito praćenje laboratorijskih parametara i kontrolne preglede kompjutorizirane tomografije svaka tri mjeseca. Tijekom trogodišnjeg praćenja zabilježena je značajna regresija bolesti. Zbog pogoršanja bubrežne funkcije doza je postupno reducirana na 400mg, a potom na najnižu terapijsku dozu od 200 mg dnevno. Unatoč višestrukim komorbiditetima i smanjenju doze, bolesnica i dalje pokazuje dobar terapijski odgovor uz održanu regresiju bolesti.

Zaključak: Izvrstan odgovor na minimalnu dozu entrektiniba potvrđuje učinkovitost terapije kod ROS1-pozitivnog karcinoma. Praćenje komorbiditeta ključno je za sigurnu primjenu lijeka, unapređenje kvalitete života i dugotrajnu kontrolu bolesti.

Ključne riječi: Bubrežna insuficijencija, kronična; Karcinom, nesitnostanični plućni; Proto-onkogen; Srčano zatajenje; Tirozin kinaza inhibitor

PRIKAZ SLUČAJA IMPAKTIRANE VIDEOKAPSULE U STENOTIČKI PROMIJENJENOM TERMINALNOM ILEUMU ZBOG DUGOTRAJNE PRIMJENE PIROKSIKAMA

Lovro Bzdilik¹; Dominik Kralj²; Leticija Šimić³; Alen Bišćanin (mentor)⁴

1 – Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Zagreb, Republika Hrvatska

2 – Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb, Republika Hrvatska

3 – Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Rijeka, Republika Hrvatska

4 – Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinika za unutarnje bolesti, Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice, Zagreb, Republika Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Leticija Šimić, leticijasimic03@gmail.com

Uvod: Nesteroidni protuupalni lijekovi (engl. NSAIDs) široko se koriste zbog analgetskog i protuupalnog učinka, no njihova dugotrajna primjena može uzrokovati krvarenja i druga oštećenja sluznice tankog crijeva, uključujući stenozu ileuma. Cilj ovog prikaza slučaja je prikaz gastroenterološke enteroskopske intervencije uklanjanja retinirane videokapsule u stenotički promijenjenom tankom crijevu.

Prikaz slučaja: Bolesnica stara 78 godina upućena je na gastroenterološku obradu od hematologa radi sideropenične anemije i pozitivnog hemokult testa. Prethodno učinjena endoskopska obrada pokazala je unutarnje hemoroide I-II stupnja te brojne divertikule sigme, silaznog kolona i transverzuma. Potom je učinjen i endoskopski pregled videokapsulom. Nakon toga pacijentica je pregledana na hitnom prijemu zbog difuznih bolova u abdomenu, najizraženijih u periumbilikalnoj regiji. Imala je mučninu, ali negirala povraćanje. Učinjena je hitna višeslojna kompjutorizirana tomografija abdomena i zdjelice, te se u području terminalnog ileuma, iznad mokraćnog mjehura, prikazala impaktirana videokapsula intenziteta metala, oko 10 cm od ileocekalne valvule. Nakon hospitalizacije i produženog čišćenja, učinjena je kolonoskopija s terminalnom ileoskopijom, ali kapsula nije vizualizirana. Na nativnom rendgenu abdomena i dalje se prikazuje kapsula u području tankog crijeva. Prilikom enteroskopije pronađene su multiple prstenaste strikture s rubnim ulceracijama te dilatacijom crijeva između njih. Striktore su bile prolazne za endoskop, te uz najoralniju strikturu prikazana je i videokapsula. Kapsula je pozicionirana niz dužu os u mrežasti hvatač te se uz otpor uspije ekstrahirati bez neposrednih komplikacija. Iz anamneze je poznato da pacijentica uzima piroksikam (NSAID). Pacijentica se otpušta kući u stabilnom stanju uz preporuku izbjegavanja NSAID-a.

Zaključak: Prilikom indikacije za pregled tankog crijeva kapsulom važno je iz anamneze saznati podatak o uzimanju NSAID-a te pritom računati na moguće komplikacije koje oni mogu uzrokovati, uključujući stenoze ileuma kao u ove pacijentice. Smatra se da su upravo stenoze uzrok sideropenične anemije, zbog koje je pacijentica uopće bila upućena na obradu i naručena na endoskopski pregled videokapsulom kod gastroenterologa.

Ključne riječi: Enteroskopija; Nesteroidni protuupalni lijekovi; Stenoze ileuma; Videokapsula

TEŠKA MIJEŠANA ASTMA; PRIKAZ SLUČAJA

Anđela Krišto¹; Lucija Skejić¹; Vide Popović (Mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet sveučilišta u Splitu, Split, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Split, Klinika za plućne bolesti, Split, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Anđela Krišto, andela.kristo01@gmail.com

Uvod: Teška astma definira se kao astma koja zahtjeva terapiju visokim dozama inhalacijskih kortikosteroida uz drugi kontrolni lijek i/ili sustavne kortikosteroide kako bi se spriječilo da postane, ili koja jest, nekontrolirana unatoč terapiji. Teška alergijska i teška eozinofilna astma dva su fenotipa, oba karakterizirana tipom 2 upale, za koja trenutačno postoji ciljana biološka terapija: anti-imunoglobulinska E (IgE) te anti-leukotrienska (IL)-5, 4, 13 protutijela.

Prikaz slučaja: Sedamdesetogodišnji nepušač sa dokazanom preosjetljivošću na više inhalacijskih alergena od listopada 2016. liječen je omalizumabom, monoklonskim protutijelom usmjerenim protiv imunoglobulina E (IgE), zbog teške alergijske astme. Zbog učestale potrebe za peroralnim i intravenskim kortikosteroidima radi ublažavanja dispnoičnih tegoba, pacijent je prikazan multidisciplinarnom timu za tešku astmu u ožujku 2021. Laboratorijski nalaz od 850 eozinofila po mikrolitru periferne krvi upućivao je na eozinofilni tip astme, stoga je preporučeno započeti liječenje anti-IL-5 lijekom, mepolizumabom. Unatoč dobrom početnom terapijskom odgovoru, došlo je do ponovnog pogoršanja kliničke slike s pojavom dispneje i kašlja uz potrebu za peroralnom kortikosteroidnom terapijom kao i porasta IgE u laboratorijskim nalazima krvi. Slijedom toga, u veljači 2023. preporučeno je ponovno uvesti terapiju omalizumabom, nakon čega pacijent navodi subjektivno poboljšanje simptoma. Međutim, 6 mjeseci nakon ponovnog uvođenja iznova se javlja potreba za peroralnim kortikosteroidima. Tim za tešku astmu preporučio je uvođenje nove ciljanje biološke terapije, ovaj puta protutijela na IL-5 α podjedinicu, benralizumaba, posljedično nalazu 770 stanica eozinofila po mikrolitru periferne krvi. Tijekom praćenja do siječnja 2026., nakon 13 aplikacija benralizumaba pacijent je bio urednih nalaza testova plućnih funkcija, subjektivno dobro te je negirao dispneju i kašalj.

Zaključak: Ovaj slučaj naglašava ulogu redovite reevaluacije bolesnika s teškom astmom te fleksibilnost u odabiru biološke terapije u skladu s promjenama kliničkog i upalnog profila bolesti. Primjena više vrsta ciljane biološke terapije omogućila je kontrolu simptoma i smanjenje ovisnosti o sistemskim kortikosteroidima kod pacijenta s teškom alergijskom i eozinofilnom astmom.

Ključne riječi: Astma; Biološka terapija; Omalizumab

MDA5 POZITIVNI DERMATOMIOZITIS; PRIKAZ SLUČAJA

Eva Benjak¹; Mare Theodora Bervanakis¹; Dinko Fabio¹; Filip Mirić, dr. med. (mentor)²

1 - Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka – Zavod za reumatologiju i kliničku imunologiju, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Eva Benjak, ebenjak@uniri.hr

Uvod: Dermatomiozitis je rijetka autoimuna upalna miopatija obilježena karakterističnim kožnim promjenama i varijabilnim zahvaćanjem mišića. Poseban klinički podtip ove bolesti je MDA5 pozitivni dermatomiozitis koji se očituje izraženim kožnim manifestacijama uz minimalno zahvaćanje mišićnog sustava. Ovaj je oblik bolesti povezan s visokim rizikom razvoja intersticijske bolesti pluća koja povećava mortalitet. Liječenje se temelji na agresivnoj imunosupresivnoj terapiji, a kod teških oblika primjenjuju se i kombinacije s biološkom terapijom.

Prikaz slučaja: 55-godišnja bolesnica hospitalizirana je na Zavod za reumatologiju i kliničku imunologiju zbog febriliteta, dispneje te promjena na koži u vidu crvenila i ljuštenja po laktovima i šakama. Anamnestički, oko mjesec dana pred prijem primijetila je pojavu alopecije i ulceracije usne šupljine te povremeni sluzavi iskašljaj uz progresivno pogoršanje dispneje. U navedenom periodu izgubila je na težini uz prisutnu opću slabost, mialgije i teže podnošenje napora. Fizikalnim pregledom ustanovljeno je kako ima tipične kožne manifestacije dermatomiozitisa: eritematozne i deskvamatorne kožne promjene na šakama, Gottronove papule, inverzne Gottronove papule i ulceracije oralne sluznice dok su auskultacijski čujne krepitacije obostrano nad bazalnim dijelovima pluća. Započeto je parenteralno liječenje pulsni dozama metilprednizolona te ciklosporinom nakon čega nije došlo do regresije kožnih promjena i respiratornih simptoma. U daljnjem tijeku pristigli su nalazi imunološke obrade kojima je utvrđen pozitivitet anti-MDA5 protutijela što je potvrdilo dijagnozu amiopatskog anti-MDA-5 dermatomiozitisa. Kompjuteriziranom tomografijom toraksa verificirane su promjene u oba plućna krila, najizraženije u bazalnim segmentima u vidu nepravilnih konsolidacija i ground-glass opacifikacija uz zadebljanja interlobularnih septa što se uklapalo u sliku organizirajuće pneumonije. Nakon potvrde dijagnoze i pogoršanja simptoma započeto je liječenje kombiniranom terapijom rituksimabom i tofacitinibom. Ova se terapija pokazala uspješnom i pacijentica je sada stabilna.

Zaključak: Kod MDA5 pozitivnog dermatomiozitisa izrazito je važno rano primijetiti kožne simptome, evaluirati respiratorni status te učiniti imunološku obradu kako bi se pravovremeno reagiralo na intersticijsku bolest pluća koja je visokorizična za ove pacijente. U prikazanom slučaju kombinirana terapija rituksimabom i tofacitinibom rezultirala je kliničkim poboljšanjem kožnih manifestacija i stabilizacijom intersticijske bolesti pluća.

Ključne riječi: Amiopatski dermatomiozitis; Biološka terapija; Plućne bolesti, intersticijske; Rituksimab

EVOLUCIJA IMUNOMODULATORNE TERAPIJE U PREKLAPANJU PRIMARNOG SKLEROZIRAJUĆEG KOLANGITISA I CROHNOVE BOLESTI; PRIKAZ SLUČAJA

Vito Topolnjak¹; Roko Tutavac¹; Tin Trtanj¹; Nikola Sobočan (Mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

2 – Zavod za gastroenterologiju Kliničke bolnice Merkur, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Vito Topolnjak, topolnjakvito@gmail.com

Uvod: Primarni sklerozirajući kolangitis (PSC) kolestatska je bolest jetre nedovoljno poznate etiologije u kojoj dolazi do postupne obliteracije žučnih vodova. Većina pacijenata s PSC istodobno boluje i od upalne bolesti crijeva, poput Crohnove bolesti. Preklapanje PSC-a i Crohnove bolesti predstavlja značajan terapijski izazov, no multidisciplinarni pristup, uključujući kirurgiju, napredne endoskopske metode i biološke lijekove, danas omogućuje uspješnije liječenje i bolju kvalitetu života pacijenata.

Prikaz slučaja: Pacijent je 41-godišnji muškarac koji istodobno boluje od PSC i Crohnove bolesti. U dobi od 21 godine mu je zbog progresije PSC-a i dekompenzirane ciroze jetre učinjena ortotopična transplantacija jetre sa hepatikojejunoanastomozom. Na kroničnoj je imunosupresivnoj terapiji takrolimusom te do danas nema znakova disfunkcije grafta ili recidiva bolesti. Crohnova bolest bila je uspješno kontrolirana infliksimabom (anti-TNF) do kraja 2017. godine, kada je zbog sekundarnog gubitka odgovora prebačen na vedolizumab (anti-integrin). Unatoč liječenju, pacijent razvija stenozu terminalnog ileuma i mezenterijski apsces te je u srpnju 2018. podvrgnut desnostranoj hemikolektomiji, resekciji terminalnog ileuma i terminolateralnoj ileotransverzoanastomozi. Radi prevencije postoperativnog recidiva u terapiju je uveden ustekinumab (anti-IL-12/23) u obliku supkutanih injekcija. Tijekom sedmogodišnjeg praćenja pacijent je klinički stabilan, no zbog ponovne aktivacije Crohnova kolitisa razmatra se prelazak na rizankizumab (selektivni anti-IL-23) koji se može primjenjivati supkutano, izvan bolnice preko uređaja koji pacijent nosi na tijelu.

Zaključak: Stalni napredak u imunomodulatornim terapijama značajno unapređuje liječenje kompleksnih entiteta poput preklapanja PSC-a i Crohnove bolesti. Suvremeniji biološki i ciljano usmjereni lijekovi nude veću učinkovitost i sigurnosni profil, dok inovacije u načinu primjene, od intravenskih infuzija do supkutanih i oralnih oblika, omogućuju individualizaciju terapije u skladu s preferencijama pacijenata. Ovaj slučaj ilustrira kako inovacije transformiraju kliničku praksu, čineći liječenje pristupačnijim i kvalitetu života boljom čak i za najzahtjevniju populaciju bolesnika.

Ključne riječi: ciroza jetre; Crohnova bolest; Imunoterapija; Kolangitis, sklerozirajući; Transplantacija jetre

EMPIJEM DESNE PLEURE KAO KOMPLIKACIJA NEKROTIZIRAJUĆE PNEUMONIJE; PRIKAZ SLUČAJA

Ana Rokvić¹; Zora Ripić¹; Helena Smokrović, dr.med. (Mentor)²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinika za internu medicinu, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Ana Rokvić, mail: arokvic@uniri.hr

Uvod: Empijem pleure predstavlja komplikaciju bakterijske pneumonije i definira se kao prisutnost gnojnog eksudata u pleuralnom prostoru. Nastaje zbog prodora mikroorganizama u pleuralnu šupljinu, što izaziva upalnu reakciju, fibrozu i kompromitaciju plućne ekspanzije, čime se može razviti teški restriktivni poremećaj ventilacije. Rizični čimbenici uključuju loše kontrolirane infekcije donjih dišnih putova, imunosupresiju, aspiraciju te odgođeno započinjanje antibiotske terapije. Pravovremeno prepoznavanje i adekvatan terapijski pristup presudni su za sprječavanje teških respiratornih i sustavnih posljedica. Iako je uznapredovala dijagnostika značajno poboljšala ishode, empijem i dalje predstavlja terapijski izazov u kliničkoj praksi. Cilj ovog prikaza je opisati tijek liječenja bolesnika s nekrotizirajućom pneumonijom koja je progredirala u empijem pleure.

Prikaz slučaja: Muškarac, 54 godine, upućen je 21. 11. 2025. na obradu zbog povišene temperature, dispneje i bolova u desnom hemitoraksu. U anamnezi navodi boravak na Havajima tri tjedna ranije. Po povratku razvio je produktivan kašalj i febrilitet do 39 °C. Klinički i radiološki potvrđena je desnostrana nekrotizirajuća pneumonija te je započeta empirijska terapija antibioticima širokog spektra. Zbog izostanka poboljšanja bolesnik je 24. 11. 2025. hospitaliziran uz intravensku primjenu antibiotika. Učinjena je torakalna drenaža, no bez uspjeha, zbog čega je 28. 11. 2025. indicirana videoasistirana torakoskopija, pri čemu je učinjena evakuacija empijema, parcijalna dekortikacija pleure i lavaža. Postoperativno je provedena antibiotska, simptomatska i potporna terapija. Mikrobiološka analiza pleuralnog sadržaja bila je sterilna. Tijekom oporavka bolesnik je bio afebrilan, respiratorno i kardiocirkulatorno stabilan. Kontrolni radiogram toraksa 5. 12. 2025. pokazao je regresiju izljeva i uredan postoperativni nalaz.

Zaključak: Ovaj slučaj potvrđuje važnost ranog prepoznavanja komplikacija pneumonije i pravodobnog donošenja odluka o kirurškim postupcima kada konzervativni pristup ne daje zadovoljavajuće rezultate. Multidisciplinarna suradnja bila je ključna za uspješan ishod liječenja. Slučaj dodatno naglašava potrebu za budnim praćenjem bolesnika s teškim oblicima pneumonije te važnost individualnog pristupa u donošenju terapijskih odluka.

Ključne riječi: Dekortikacija; Empijem, pleuralni; Pneumonija, nekrotizirajuća.

ZDRAVE, ALI BOLESNE KORONARNE ARTERIJE; PRIKAZ SLUČAJA

Ema Ralić¹; Juraj Sinožić¹; dr. Luka Bastiančić¹; dr. Davorka Lulić (mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2 - Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Ema Ralić, ema.ralic@gmail.com

Uvod: Spontana disekcija koronarne arterije (eng. *spontaneous coronary artery dissection*, SCAD) je rijedak neaterosklerotski uzrok akutnog koronarnog sindroma (AKS), najčešće u mlađih žena bez kardiovaskularnih faktora rizika. SCAD je karakteriziran intimalnim puknućem, intramuralnim hematomom i stvaranjem lažnog lumena, što može dovesti do opstrukcije koronarnog protoka i uzrokovati ishemijsku miokarda.

Prikaz slučaja: 48-godišnja pacijentica obrađena je u rujnu 2025. godine kao hitan slučaj zbog boli i pečenja u prsima. Do sada nije imala slične tegobe. Od ranije je poznata arterijska hipertenzija i anemija. Ne puši, a obiteljska anamneza pozitivna je na ishemijsku bolest srca. Učinjenom obradom verificirana je ST depresija inferolateralno te povišene vrijednosti troponina I (TnI, 2068.5 ng/L). Pacijentica je hospitalizirana pod dijagnozom akutnog infarkta miokarda bez ST elevacije. Učinjena je hitna koronarografija kojom se verificiraju koronarne arterije uredne morfologije, uz SCAD prve marginalne grane lijeve koronarne arterije (tip 2). Ehokardiografski se utvrdi očuvana sistolička funkcija lijeve klijetke bez segmentalnih poremećaja kontraktilnosti. Opuštena je pod dijagnozom akutnog infarkta miokarda bez opstrukcije koronarnih arterija (eng. *myocardial infarction with non obstructed coronary arteries*, MINOCA) te je uvedena optimalna medikamentozna terapija sukladno smjernicama, uključujući trimetazidin. Zbog rekurentnih bolova u prsima je u prosincu 2025. godine ponovno hospitalizirana zbog sumnje na AKS. Ponovljena je koronarografija koja je urednog nalaza. Testirana je koronarna mikrocirkulacija koja verificira blago povišenu mikrovaskularnu rezistenciju, uz urednu rezervu koronarnog protoka. Uz dosadašnju medikamentoznu terapiju uveden je ranolazin te diltiazem.

Zaključak: Kod mladih žena bez tipičnih čimbenika rizika, SCAD je neophodno diferencijalno dijagnostički razmotriti kao uzrok AKS. Konzervativno liječenje je učinkovito, no zbog mogućnosti perzistencije i rekurencije simptoma nužno je dugotrajno praćenje i individualiziran terapijski pristup. Nakon akutne faze SCAD-a mogući su ponavljajući bolove u prsima koji ne moraju upućivati na ponovljenu disekciju, već se mogu povezati s poremećajima koronarne mikrocirkulacije, što je važno prepoznati zbog ciljane dijagnostike i terapije.

Ključne riječi: Akutni koronarni sindrom; MINOCA; Spontana disekcija koronarne arterije

NAPREDNO LIJEČENJE KRONIČNOG SRČANOG ZATAJIVANJA PERITONEALNOM ULTRAFILTRACIJOM; PRIKAZ SLUČAJA

Tarik Skočić¹; Božidar Vujičić (Mentor)^{1,2}

1- Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

2- Katedra za internu medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Tarik Skočić, tarikskocic52@gmail.com

Uvod: Kronično srčano zatajivanje (KSZ) ozbiljan je klinički sindrom koji pogađa do 10% odrasle populacije. Završni stadij KSZ po New York Heart Association klasifikaciji (NYHA IV), može postati rezistentan na medikamentoznu diuretsku potporu. Bolesnici sa KSZ često su hospitalizirani zbog dispneje, ortopneje i oligurije te elektrolitskog disbalansa. U nekim slučajevima potrebno je primijeniti metodu ultrafiltracije (UF) kako bi se optimiziralo volumno stanje. Ekstrakorporalna UF se obično koristi u hitnim stanjima, a peritonealna UF (PUF) smatra se optimalnom terapijom u daljnjem tijeku liječenja.

Prikaz slučaja: Bolesnik je muškarac u dobi od 71 godine s dugogodišnjom anamnezom kroničnog srčanog zatajivanja srednje reducirane istisne frakcije (HFmrEF) na podlozi ishemijske bolesti srca. U anamnezi se navode višestruki infarkti miokarda i perkutane koronarne intervencije. Od kroničnih bolesti prisutni su paroksizmalna fibrilacija atrija, arterijska hipertenzija, šećerna bolest tipa 2, hiperlipidemija te kronična bubrežna bolest stupnja G4. Pacijent je više puta hospitaliziran zbog akutizacije KSZ te liječen visokim dozama diuretika kao i metodom ekstrakorporalne ultrafiltracije. Pri prijemu u veljači 2020. bio je klinički kardijalno dekompenziran (NYHA IV), tjelesne mase oko 100 kg, s arterijskim tlakom do 160/90 mmHg uz značajno povišene vrijednosti NT-proBNP-a i smanjenu bubrežnu funkciju. Fizikalnim pregledom utvrđeni su obostrani edemi potkoljenica i natkoljenica, ascites te obostrani pleuralni izljevi. Zbog neadekvatnog odgovora na diuretike konzultiran je nefrolog te je indicirana terapija sporom kontinuiranom ultrafiltracijom (SCUF). Nakon multidisciplinarne procjene ugrađen je peritonejski kateter u regionalnoj anesteziji metodom transversus abdominis plane (TAP) bloka. U konačnici je započeta svakodnevna PUF s ikodekstrinom 2000 ml tijekom jedne noćne peritonealne izmjene u trajanju od 10 sati. Tijekom liječenja postignuto je značajno poboljšanje volumnog i kliničkog statusa (iz NYHA IV u NYHA II) te regresija edema. Bolesnik je uspješno nastavio liječenje metodom PUF s ikodekstrinom 2000 ml u noćnoj izmjeni.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaja potvrđuje da PUF predstavlja vrijednu terapijsku opciju u bolesnika s KSZ refraktornim na diuretike. Ovom metodom postigla se dugotrajna optimizacija volumnog statusa uz bolju kvalitetu života bolesnika uz smanjenje broja hospitalizacija.

Ključne riječi: Diuretici; Kronično srčano zatajivanje; NYHA; Peritonealna ultrafiltracija; Regionalna anestezija

KAD SE SVIJET ZAVRTI- ATIPIČNA PREZENTACIJA AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA; PRIKAZ SLUČAJA

Karlo Bukvić¹; Ivan Benčić¹, Luka Ravlić², Karlo Tkalec³ (mentor)

1 – Medicinski fakultet, Zagreb, Hrvatska

2 – Zavod za hitnu medicinu Brodsko-posavske županije, Slavonski Brod, Hrvatska

3 – Zavod za hitnu medicinu Vukovarsko-srijemske županije, Vinkovci, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Karlo Bukvić; karlo.bukvic@gmail.com

Uvod: Akutni se koronarni sindrom (AKS) u starijih obično prezentira simptomima koji se smatraju „atipičnima“. Takva prezentacija može biti razlog kašnjenja u postavljanju dijagnoze i odgođe primjene adekvatnog liječenja uz posljedično povećanu stopu morbiditeta i mortaliteta.

Prikaz slučaja: 64-godišnji bolesnik se prezentirao jakom vrtoglavicom pri ustajanju i osjećajem opće slabosti. Zbog ranije poznatih komorbiditeta, pozvana je hitna medicinska služba (HMS). Isključene su prethodne traume, prisutnost stenokardija i dispneje te prijašnji gubitci svijesti. U fizikalnom se statusu bez osobitosti izdvajao izmjereni tlak 90/60 mmHg, kao najvjerojatniji uzrok vrtoglavice. Anamnestički su se utvrdili komorbiditeti poput arterijske hipertenzije, hiperlipidemije, šećerne bolesti tipa dva, pretilosti te generalizirane ateroskleroze uz perifernu arterijsku bolest. Prijašnja slaba kontrola rizičnih faktora dovela je do tri perkutane koronarne intervencije, ugradnje šest stentova i amputacije lateralnog dijela desnog stopala uslijed gangrene. Posljednji STEMI anteroseptalnog područja srca zahtijevao je višestruko aortokoronarno premoštavanje (anastomozu lijeve unutarnje mamarne arterije na lijevu prednju silaznu arteriju, vene saphene magne na prvu obtuznu marginalnu granu i na posteriornu descendentnu arteriju). Zbog anamnestičkih podataka i rizičnih faktora, unatoč negativne simptomatologije i boljeg općeg stanja pri pregledu, učinjen je elektrokardiogram (EKG). U EKG nalazu se zamjećuje ST-depresija u II, III, aVF, V5, V6 odvodima te ST-elevacija u aVR, aVL, V2 odvodima (V1 sa artefaktima) što je pobudilo sumnju na NSTEMI. Pacijent je hitno transportiran helikopterskom HMS (HHMS) u KBC Osijek s hemodinamskom stabilnosti pri transportu i vitalnim parametrima urednih vrijednosti. Za vrijeme hospitalizacije, kontrolni troponin je porastao s 356 ng/L na 3865.9 ng/L. Učinjena je koronarografija i ugrađen stent, te je pacijent postintervencijski hemodinamski i ritmološki stabilan bez tegoba.

Zaključak: EKG pretraga je nezaobilazan korak u postavljanju dijagnoze AKS-a u koronarnih bolesnika, kako u terenskim tako i u hospitalnim uvjetima. Posebice je važno naglasiti njenu korisnost kod prisutnosti rizičnih faktora i odsutnosti jasne simptomatologije zbog brojnih atipičnih prezentacija AKS-a. U tim slučajevima, potrebno ju je učiniti iz predostrožnosti, a uz prisutnost temeljite sumnje na AKS, opravdano je pozvati HHMS.

Ključne riječi: Akutni koronarni sindrom; Elektrokardiografija; Vrtoglavica

KAD SIMPTOMI NISU CIJELA PRIČA: OTKRIVANJE NASLJEDNE HEMORAGIJSKE TELEANGIEKTAZIJE; PRIKAZ SLUČAJA

Franka Vrtiprah¹; Lucija Vrbanc¹; Mateja Janković Makek (Mentor)^{1,2}

1 – Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

2 – Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Franka Vrtiprah, vrtiprahfr@gmail.com

Uvod: Nasljedna hemoragijska teleangiektazija (HHT) ili Rendu-Osler-Webberov sindrom je rijedak autosomno dominantan poremećaj koji uzrokuje formaciju abnormalnih krvnih žila. Najčešći simptomi su teleangiektazije na mukozi i koži kao i arteriovenske malformacije (AVM) uglavnom u jetri, plućima i mozgu. Klinička dijagnoza se može postaviti koristeći Curaçao kriterije koji uključuju ponavljajuće epistakse, prisutnost teleangiektazija, visceralne AVM i pozitivnu obiteljsku anamnezu na HHT. Prisutnost barem dva kriterija budi sumnju, a tri ili više su dovoljna za definitivnu kliničku dijagnozu.

Prikaz slučaja: 23-godišnji muškarac se javio u hitnu službu sa saturacijom od 88% bez pratećih simptoma. U anamnezi navodi nekoliko epizoda epistakse i periferne cijanoze. Prije dvije godine učinjena je rendgenska snimka pluća nakon COVID infekcije, koja je otkrila ovalnu masu 24x18 mm u desnom srednjem subpleuralnom prostoru. Naknadna kompjutorizirana tomografija toraksa je otkrio bilateralne tubularne strukture u skladu s nalazom AVM što je probudilo sumnju na HHT dijagnozu. U okviru trenutačnog pregleda, daljnje dijagnostičke pretrage, uključujući spirometriju i testiranje kapaciteta difuzije, su pokazale blage restriktivne promjene. Učinjena je magnetna rezonanca mozga i nije pokazao prisutnost AVM. Pacijentu je učinjena embolizacija najveće plućne AVM u srednjem režnju što je rezultiralo popravkom periferne saturacije i arterijskih plinova. S obzirom na obiteljsku anamnezu koja je uključivala prisutnost plućnih AVM kod majke, zadovoljio je 3/4 Curaçao kriterija i postavljena je klinička dijagnoza. Genetsko testiranje je preporučeno i rezultati se čekaju. Otpušten je iz bolnice uz terapiju kisikom od 1-2 L/min i u planu je još jedna AVM embolizacija u veljači.

Zaključak: Ovaj prikaz slučaj naglašava važnost detaljnog uzimanja osobne i obiteljske anamneze pacijenta osobito u slučaju nespecifičnih simptoma. Ovdje su povijest epistakse, prethodni radiološki nalazi i obiteljska anamneza omogućili dijagnozu HHT temeljenu na dostupnim kriterijima unatoč neupadljivoj kliničkoj slici pri prijemu.

Ključne riječi: Cijanoza; Epistaksa; Nasljedna hemoragijska teleangiektazija

NUTCRACKEROV SINDROM I GENETSKI UVJETOVANA DISLIPIDEMIJA: PRIKAZ 24 GODIŠNJEG BOLESNIKA S ARTERIJSKOM HIPERTENZIJOM

Josipa Vlahović¹; Ana Živić¹; Katarina Toljan¹; prof. dr. sc. Ingrid Prkačin, prim. dr. med. (Mentor)³

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

2 - Poliklinika Medikol, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

KORESPONDENTNI AUTOR: Josipa Vlahović, josipa.vlahovic21@gmail.com

Uvod: Nutcrackerov sindrom definira se kao klinički simptomatska kompresija lijeve renalne vene između aorte i gornje mezenterične arterije koja najčešće uzrokuje hematuriju i bol u slabinama, dok je sekundarna hipertenzija rijetka manifestacija. U patogenezi hipertenzije ključnu ulogu ima venska hipertenzija s posljedičnim porastom intersticijskog tlaka, smanjenjem glomerularne filtracije i stimulacijom lučenja renina. Lipoprotein(a) predstavlja genetski uvjetovan lipoprotein čije su povišene vrijednosti u mladosti povezane s približno dvostruko većim rizikom nastanka aterosklerotskih kardiovaskularnih događaja u odrasloj dobi, neovisno o LDL-kolesterolu.

Prikaz slučaja: 24-godišnjem muškarcu verificirana je arterijska hipertenzija sa sistoličkim tlakom 200 mmHg u mirovanju uz obiteljsku anamnezu iznenadne srčane smrti. Klinički dominiraju epizode povišenog tlaka praćene palpitacijama, znojenjem i tahikardijom te bolovi u lijevoj strani abdomena. Laboratorijski nalazi upućuju na hiperreninemijsku hipertenziju uz uredne vrijednosti aldosterona, urednu bubrežnu funkciju, izraženu hiperlipidemiju, značajno povišen lipoprotein(a) (Lp(a) 333 nmol/L) i povišen homocistein. Dinamičko mjerenje tlaka potvrđuje noćno non-dipping hipertenziju, a MSCT (eng. *multislice computed tomography*) angiografija prikazuje uredne renalne arterije te kompresiju lijeve renalne vene u ishodištu između aorte i gornje mezenterične arterije, što je kompatibilno s Nutcrackerovim sindromom. U sklopu daljnje obrade isključen je feokromocitom i drugi endokrini uzroci s urednim vrijednostima adrenalina i noradrenalina. U ovom slučaju Nutcrackerov sindrom predstavlja primarni uzrok reninom posredovane sekundarne hipertenzije kojoj dodatno doprinosi trajno povišen lipoprotein(a), potičući preuranjene aterosklerotske promjene. U terapiju su uvedeni beta-blokatori, kombinirani ACE-inhibitor i blokator kalcijских kanala te visokodozni statin, uz česte kontrole tlaka i lipidograma. Zbog perzistentnih simptoma i dobi bolesnika razmatra se endovaskularno stentiranje lijeve renalne vene kao minimalno invazivna terapijska opcija.

Zaključak: Nutcrackerov sindrom treba imati na umu kao potencijalni uzrok reninom posredovane sekundarne hipertenzije kod mlađih bolesnika s lumbalnom boli i radiološki potvrđenom kompresijom lijeve renalne vene, osobito kada su renalne arterije uredne. Istodobno prepoznavanje i zbrinjavanje povišenog lipoproteina(a) važno je zbog dugoročnog kardiovaskularnog rizika, mogućih komplikacija primarne dijagnoze, optimizacije antihipertenzivne terapije i razmatranja intervencijskog liječenja Nutcrackerova sindroma u simptomatskih bolesnika.

Ključne riječi: Hipertenzija; Lipoprotein(a); Nutcracker sindrom

TRANSPLANTACIJA I RETRANSPLANTACIJA JETRE U PACIJENTICE S AKUTNIM JETRENIM ZATAJENJEM USLIJED PREDOZIRANJA PARACETAMOLOM; PRIKAZ SLUČAJA

Jana Šinka¹; Anna Mrzljak²; Borna Ćutić²

1 – Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

2 –Zavod za gastroenterologiju i hepatologiju, Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

KORESPONDENTNI AUTOR: Jana Šinka, sinka4321@gmail.com

Uvod: Akutno jetreno zatajenje predstavlja životno ugrožavajuće stanje u kojem je transplantacija jetre posljednja opcija za preživljenje pacijenta. U tim slučajevima dilema je između rizika preuranjene transplantacije zbog potencijalnog oporavka uz konzervativno liječenje i rizika odgađanja transplantacije što može dovesti do propuštanja kritičnog terapijskog prozora. Pomoć u svakodnevnoj kliničkoj praksi pružaju validirani bodovni sustavi i kriteriji koji standardiziraju i objektiviziraju težinu bolesti i ishod liječenja.

Prikaz slučaja: 29-godišnja bolesnica zaprimljena je u jedinicu intenzivnog liječenja nakon sumnje na ingestiju veće količine benzodiazepina i paracetamola. Radi se o bolesnici s anamnezom anksiozno-depresivnog poremećaja koja uz psihofarmake po potrebi za bolove uzima paracetamol. Bolesnica je zaprimljena u komatoznom stanju bez kliničkog odgovora na benzodiazepinski antidot, flumazenil. Analiza serumske koncentracije paracetamola nije bila tehnički moguća i izostao je klinički odgovor na aplikaciju antidota N-acetilcisteina. Laboratorijski se verificiraju povišene transaminaze AST 10749 U/L, ALT 7911 U/L uz koagulopatiju (PV-INR >5), metaboličku acidozu (pH 7.034), narušenu bubrežnu funkciju uz oliguriju (kreatinin 414 $\mu\text{mol/L}$) i hiperamonijemiju (amonijak 387 $\mu\text{mol/L}$). Započete su mjere intenzivnog liječenja, mehaničke ventilacije i kontinuirane veno-venske hemodijafiltracije. Navedeni nalazi zadovoljavaju King's College kriterije za uvrštavanje na listu za transplantaciju jetre. Nakon 72 sata bolesnici je transplantiran cijeli jetreni presadak preminulog donora nakon moždane smrti. Posttransplantacijski period se komplicirao aspiracijskom pneumonijom, sepsom uz razvoj ARDS-a te trombozom hepatalne arterije s posljedičnom ishemijom i nekrozom jetrenog presatka radi čega je indicirana hitna retransplantacija jetre. Bolesnica je deveti dan hospitalizacije retransplantirana uz protrahirani oporavak koji je kompliciran s respiratornim infekcijama, potrebom za respiratornom potporom i dugotrajnom antibiotskom terapijom tijekom četiri mjeseca hospitalizacije. Aktualno je proteklo godinu dana i pet mjeseci nakon retransplantacije te je pacijentica klinički odličnog stanja s urednom funkcijom jetrenog presatka (AST 32 U/L, ALT 39 U/L, PV-INR 0.99), na imunosupresivnoj terapiji takrolimusom.

Zaključak: Akutno zatajenje jetre je najrjeđe i najdramatičnije hepatološko stanje. Ovaj prikaz slučaja ističe važnost pravovremene odluke za transplantaciju uz spremnost za zbrinjavanje potencijalnih postproceduralnih komplikacija kao što su krvarenje, infekcije, ishemija i nekroza presatka te akutno i kronično odbacivanje presatka.

Glavne riječi: Akutno zatajenje jetre; Retransplantacija; Transplantacija jetre; Trovanje paracetamolom

PARTNERI



DONATORI



MEDITEX



Grad Rijeka

PROXIMUM



Zimina

SANDOZ

AstraZeneca

Elmont



ŠTAMPAR
SINCE 1913



TRANS – KUKOVEC d.o.o.

Madlen Mihalić
spec.ped.ord

INGENIUM RAZVOJ
d.o.o.

INGENIUM d.o.o.

VITLA j.d.o.o.

CENTURA Vina d.o.o.

Star Chemicals d.o.o.

Energomont d.o.o.

MS Obrt

