

la být přerušena pro výskyt lokálních komplikací (uoinfekce) a u šesti ukončena. V tomto článku prezentujeme dvě vzácné komplikace terapie BCG vakcínou – BCG sepsi a vznik tuberkulózního abscesu prostaty.

SOUBOR PACIENTŮ

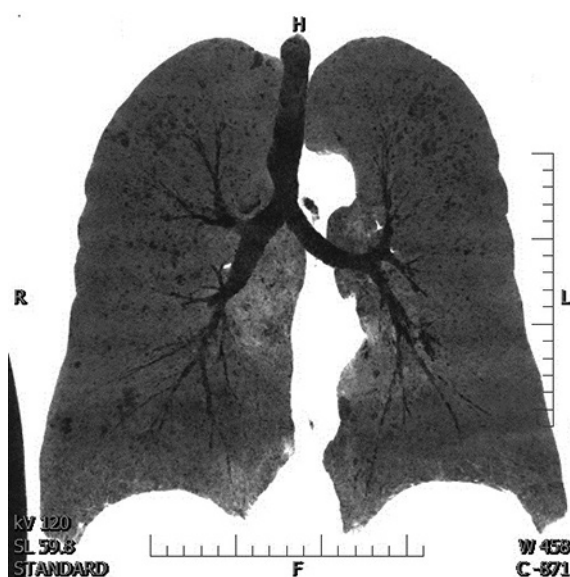
Klinický případ 1

Sedmdesátiletý pacient (bez komorbidit, v mládí prodělal hepatitidu a operaci varixů dolních končetin) podstoupil v říjnu 2021 na našem pracovišti transuretrální resekci tumoru močového měchýře s nálezem pT1 HG uroteliálního karcinomu měchýře. Druhá resekce v listopadu 2021 již reziduum či recidivu nádoru neprokázala. Multidisciplinárním týmem byl pacient indikován k intravezikální aplikaci BCG vakcíny. Během úvodní série se u pacienta po páté dávce BCG rozvinul febrilní stav a hematurie. Byl doplněn snímek hrudníku s negativním nálezem, kultivace moči také s negativním nálezem. V laboratorním obraze byla přítomna elevace jaterních testů (bilirubin 12 $\mu\text{mol/l}$, ALT 6,58 $\mu\text{kat/l}$, AST 3,37 $\mu\text{kat/l}$, ALP 5,87 $\mu\text{kat/l}$, GGT 6,38 $\mu\text{kat/l}$). Následně bylo provedeno CT vyšetření se závěrem mnohočetných drobných nodulů plic nespecifického obrazu (Obr. 1). Nález byl konzultován se specializovaným pracovištěm. Přes negativní

QuantiFERON test byla po domluvě se specializovaným pracovištěm vyslovena pravděpodobnost systémové BCG infekce. Vzhledem k elevaci jaterních testů nebylo podávání antituberkulotik do stabilizace parametrů doporučeno. Byla zahájena antibiotická léčba kombinací amikacinu (1 g denně) a ciprofloxacinu (800 mg denně), která trvala 7 dní. V průběhu hospitalizace došlo k postupnému poklesu jaterních testů v rámci granulomatózní hepatitidy. Po poklesu byla zahájena antituberkulotická léčba v kombinaci ethambutol (1,2 g denně), isoniazid (750 mg denně), rifampicin (450 mg denně). Léčba probíhala zároveň s aplikací perorálních kortikoidů. Ethambutol užíval pacient tři měsíce (únor až duben 2022), kombinaci isoniazidu a rifampicinu měl pacient nasazenou devět měsíců (od února do listopadu 2022). Pacient je nadále sledován ve specializovaných poradnách. Z urologického hlediska je pacient od října 2021 bez průkazu recidivy karcinomu měchýře, podstupuje pravidelné cystoskopické kontroly každé tři měsíce.

Klinický případ 2

Druhý případ komplikací léčby BCG vakcínou prezentujeme na druhém sedmdesátiletém pacientovi (léčen s hypertenzí, anamnesticky po operaci varixů dolních končetin) léčeném na našem pracovišti s pT1HG tumorem měchýře. První TUR podstoupil v lednu 2020. Histologicky byl ve vzorku nalezen pT1HG uroteliální karcinom měchýře. Druhá resekce proběhla v březnu 2020, s negativním histologickým výsledkem. Po absolvování úvodní série instilační léčby BCG vakcínou v květnu 2020 byl pacient sledován endoskopicky pro celosvětový výpadek vakcín. V rámci dispenzáru byl doplněn i odběr PSA. V únoru 2022 byla hodnota PSA 8,9 $\mu\text{g/l}$, při velikosti prostaty 80 ml. Indikovali jsme doplnění MRI prostaty, kde radiologové popsali dvě suspektní ložiska PI-RADS 4 a 5 (Obr. 2). Vzhledem k výše uvedenému byl pacient indikován k fuzní biopsii prostaty. Histologicky byla ve výsledku histologie popsána kaseózní nekróza. Doplněný PCR test potvrdil přítomnost DNA *Mycobacterium tuberculosis*. Pacient byl referován na specializované pracoviště, kde byla zahájena antituberkulotická léčba – isoniazid 300 mg denně po dobu devíti měsíců, rifampicin 600 mg denně po dobu devíti měsíců, ethambutol 800 mg denně a pyrazinamid



Obr. 1. CT plic, obraz miliárního rozsevu

Fig. 1. CT lung, miliary TB