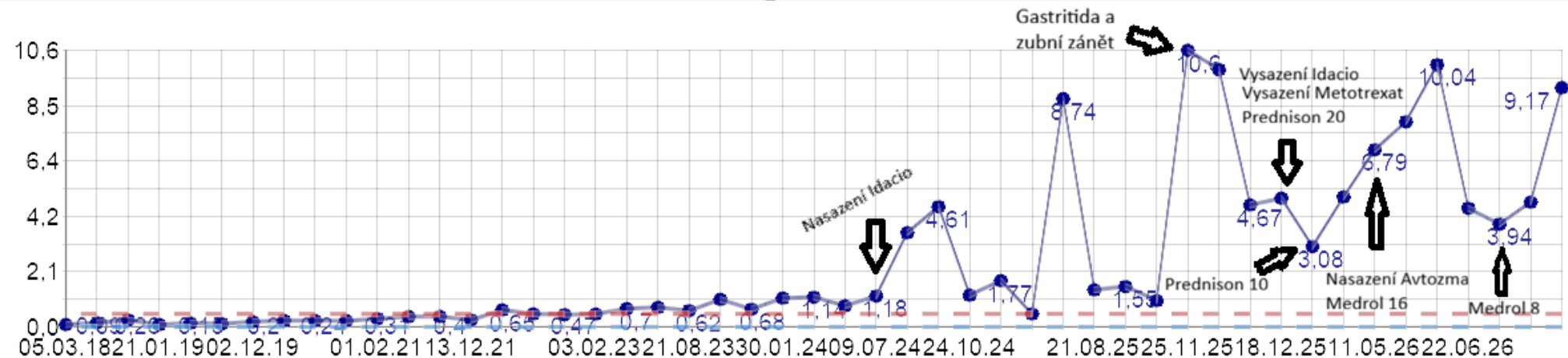




FCM kostní dřeň 04/26: Eozinofily zmnoženy na 57 % s norm imunofenotypem - blasty nezmnoženy

Cytogenetika KD 04/26: Cytogenetické a FISH vyšetření neprokázalo přítomnost chromozomové aberace.

- Stolicе na parazity již 3x negativní mikroskopicky
- zobrazovací vyšetření- nemám systematický přehled, ale není zmína o susp. parazitární cystě
- HRCT plic 2/2026,
ECHO srdce , UZ axil a UZ štítné žlázy
- Sono- břicha: 03/25: játra hraniční velikosti, norm.UZ žlučníku, slinivky a obou ledvin, splenomegalie, lehce nehomogenní parenchym sleziny
- revmatoidní artritida na toxilizumabu + kortikoidech
- sérologie tkáňových parazitů z NRL 24.6.2026
 - kompletně negativní
- (toxokara, trichinella, chirkokoza cystická, cysticerkoza, fasciolosa, filarioza, schistosomoza, strongyloidoza)
- 24.6. mikroskopie malárie z krve negativní
- stolice PCR panel parazitů negativní

Odebráno: 24.06.2026-11:00

Č. vz: PAR/26-503

Mikroskopie malárie: negativní

B MIK B Úsek lab. - OKM 24.06.26 00:00

Odebráno: 24.06.2026

Č. vz: PCR/26-9346

Materiál: Stolicе

PCR:

PCR-Giardia lamblia	negativní
PCR-Entamoeba histolytica	negativní
PCR-Cryptosporidium spp.	negativní
PCR-Blastocystis hominis	negativní
PCR-Dientamoeba fragilis	negativní
PCR-Cyclospora cayetanensis	negativní

RES:

Z provedených vyšetření zde neverifikována přítomnost parazitární nákazy jako zdroje eosinofilie.

Nicméně platí upozornění a doporučení [redacted] z první návštěvy:

Z klin. průběhu a zejména zobrazovacích vyšetření zatím není suspekce na konkrétního parazita, a ani an parazitární infestaci obecně. Bohužel, ani sérologie asi nemusí mít velkou senzitivitu při biol. léčbě a kortikoidech, navíc u paicneta může vycházet falešně pozitivní, takže jednoznačná diagnóza bude možná, až jak se objeví někde nějaké cystické ložisko vhodné k biopsii.

DOP: Kontrola zde při průkazu susp. parazitárního cystického ložiska vhodného k biopsii.

Pacient poučen, rozumí, souhlasí.

FAKULTNÍ
KLINICKÝ ÚSTAV

Datum vyš.: 10.07.2026

Diagnóza : Z208 Kontakt s jinými přenosnými nemocemi a expozice

Nález: Počátek vyšetření: 13.07.2026

Přichází na plánovanou kontrolu, pac. na biologické terapii pro revmatoidní artritidu, došetřována eosinofilie - zde k vyloučení infekční etiologie.

Subj.: Má se dobře, nyní asi 2 dny bolí žaludek. Teploty nejsou, průjmy nemá. Včera si dal borůvky a potom asi za 30 min vyrážka, ale sama se ztratila bez léků.

Probíhá další komplexní došetření cestou ambulance revmatologie.

EA:

léčen na parazity nidky nebyl
17 let pracoval ve Zverimexu
zahraničí nejdál Tunisko, asi 2023

RA nádory v rodině: otec Ca žaludku, matka něco na lednivě
babička CA gynek. oblasti, děda CA prostaty

OA: revmatoidní artritida ~ seropozitivní ~ a-CCP pozitivní IIb
~ po nasazení biologika velmi dobrá odpověď; Eosinofilie a ~
alergické prchavé exantémy ~ 03/25: - Pneumonie vlevo, pozitivní
antigen legionella pneumophila typ I v moči; Dilatace bulbu a
ascendentní aorty; Gynekomastie, BI-RADS 2 - benigní nález; -
hypalbuminémie; Hraniční anémie normocytární normochromní ~
anémie chronických chorob v.s.; - Splenomegalie
úrazy: sine
operace: 1982 plastika ledvinné pánvičky vpravo pro vrozenou
vadu, 2010 tříselná kýla,
Transfuze: 0; AA: 0

FA: Avtozma (tocilizumab), Ac. folicum, Medrol, NSA
alergie. neguje, ani Nimesil který opisován

OBJ: plně orientovaný, eupnoe, KP komp, kůže bez exantému

DG: Hypereosinofilie přechodně od 9/2024, pak stabilně od 12/2025
hodnoty 7-10x10⁹, tryptáza jen 5.8
alergické prchavé exantémy
vs stp. eosinofilní gastritidě 11/2025
- hematologická příčina neprokázána, klonalita vyloučená, i
vyšetřením kostní dřeň
SP 04/26: Myelogram: 51% eosinofilů - všechny vývojové morfy.

Rheumatoidní artritida a-CCP pozitivní (vyšší IgG, gama v ELFO, deficit IgA, hypocalcémie,

Hypalbuminémie; symetricky výrazně zvýšené volné lehké řetězce... ostatní viz výše.

Dop.: kontrola za 3M - KO+diff + Bioch M2 + Ig + kappa, lambda, index + FCM PK;

Muž ročník 1962

Z anamnezy.

RA: matka revmatická – byla v ID- více nevím, bratr celiakie, otec lupenka

OA: Revmatoidní artritís od roku 2015, operace: 1982 - plastika ledy, pávníčky pro vrozenou vadu, 2010 tříselná kýla fraktury O. - dále vřdí Dg souhrn

AA: ?? v poslední době intolerance alkoholu, čokoláda, na alergologii neprokázána.

EA: doma králík, slepice, do lesa na procházky, zvěřinu nejí, dovolená v Tuzemsku, v rybníku se nekoupe, doma bazén, Tunisko před 3 lety- 2023 a 2024

před 7 lety naposledy zaměstnán ve Zverímexu kde byl 17 let a tam pracoval s exotickou zvěří z celého světa – hadi, ještěřky, pavouci, ...

SA, PA: starobní penze stop kuřák od 2010

FA: Methotrexat od 25/1/2018 do 12/2025

t.č. Emo xen plus 1x1, při bolesti dále Medrol 8 mg denně + Helicid 40 1x1 nalačno

Biologická léčba: Avtozma 162 mg s.c. á týden - 11 týden

Pozn: Kortikoidy od 12/25 doposud, nejdříve Prednison 20 mg ..pak po poklesu EOA pod 5 - 10na9 - 5 mg denně - dyspepie po Prednisonu , změna na Medrol 16 mg ...

po této dávce Prednison 20 mg a Medrol 16 mg výraznější pokles AEO, dávka 8 mg Medrolu a Prednison 5 mg se zdá s malým efektem.

Biologická terapie:

1.NASAZENÍ: Idace od 15.7.2024 do 8.12.2025 / hyperosinofilie /

1.SWITH: Avtozma 162 mg á týden od 18.5.2026 přerušil na týden od 15.7–22.6 / AEO 10,4/

Stav před nasazením biologické terapie :

1.nasazení: váha: 86 VAS: 70 MDGAS: 65 DAS 5,78 FW 26/50 CRP: 27.5 mg/l

1 SW: váha: 79 VAS: 90 MDGAS: 90 DAS 28: 7,02 FW 62 /hod CRP: 3,2mg/l

t.č. 11 týden : Avtozma 162 mg á týden

váha: 83 : VAS: 40 MDGAS: 30 DAS 28 : 3,9 FW 54 /hod CRP: 1 mg/l

S: t.č. Medrol 8 mg denně, po Nolpaza bylo zle, vysadil, Helicid toleruje dobře , žaludek t.č. nebolí, ale minulý týden ještě ano

v okolí vpichu pokaždě červený flíček 5x 3 cm na 2 dny + svědění i s Desloratadinem – po něm také nevoľno, objevila kožní reakce svědivé zarudnutí na dva dny, terapii od poslední ko nepřerušil, infekce nebyla., stolice pravidelně.

Obj: Přítomný stav: Výška: 183 cm, Váha: 83 kg (3), BMI: 24,78 Norma. exantemy O

na rukou: do pěsti t.č. sevře bilat, DRK vřdí níže, v oblasti zápěstí mírný otok a citlivost l. dš, vlevo norm. nález sval. síla se zlepšením, lokty bez omezení, ramena bilat bez omezení, na DKK: pedes transversoplani, MTP klidné, hlezna klidné, kolena bez výpotku, držáoty ve flexi, kyčle volné, páteř se rozvíjí bez omezení, Thomayer v normě. fľesče O, Schober v normě. Ctibor v normě

bolesti: IPP III a IV l. sin., RC l. dš a IPP III a IV l. dš (5)

otoky: RC l. dš /1/

Odebráno: 30.07.2026 07:10

C_FW-sedimentace 1 hod.: 54 mm(2-9); C_FW-sedimentace 2 hod.: 78 mm(6-20); B_Leukocyty [WBC]: 11,7 10^9/l(4-10); B_Hemoglobin [HGB]: 140 g/l; B_Hematokrit [HCT]: 0,422 1; B_Erytrocyty [RBC]: 4,52 10^12/l; B_Střed.obj.erytr. [MCV]: 93,4 fl; B_Barvivo erytr. [MCH]: 31 pg; B_Stř.barev.kon. [MCHC]: 332 g/l; B_RDW-CV: 0,135 1; B_Trombocyty [PLT]: 338 10^9/l; B_Nezralé granulocyty - abs.počet: 0,01 10^9/l; B_Neutrofilly - abs.počet: 0,75 10^9/l(2-7); B_Lymfocyty - abs.počet: 1,5 10^9/l; B_Monocyty - abs.počet: 0,24 10^9/l; B_Eozinofilly - abs.počet: 9,17 10^9/l(0-0,5); B_Bazofilly - abs.počet: 0,01 10^9/l; B_Nezralé granulocyty - relativně: 0,1 %; B_Neutrofilly - relativně: 0,063 1(0,45-0,7); B_Lymfocyty - relativně: 0,129 1(0,2-0,45); B_Monocyty - relativně: 0,021 1; B_Eozinofilly - relativně: 0,786 1(0-0,05); B_Bazofilly - relativně: 0,001 1; B_Krevní obraz + diferenciál: proveden; S_K - draslík: 4,06 mmol/l; S_Ca - vápník: 2,05 mmol/l; S_Urea - močovina: 6,6 mmol/l; S_Kreatinin: 66 μmol/l; S_Odhad GF dle CKD-EPI: 1,61 ml/s/1,73 m2; Hodnocení stádia CKD dle odhadu CKD-EPI: G1

Glomerulární filtrace normální nebo vysoká.; S_Kyselina močová: 362 μmol/l; S_Bilirubin celkový: 3,9 μmol/l; S_ALT: 0,4 μkat/l; S_AST: 0,55 μkat/l; S_GGT: 0,18 μkat/l; S_CRP: <1 mg/l; F_Hemoglobin ve stolici: 178 μg/l(0-100); HGB ve stolici-na gram stolice: 30,26 μg/g(0-17);

Odebráno: 13.07.2026 07:30

S_K - draslík: 3,9 mmol/l; S_Ca - vápník: 2,13 mmol/l; S_Urea - močovina: 7,9 mmol/l; S_Kreatinin: 72 μmol/l; S_Odhad GF dle CKD-EPI: 1,56 ml/s/1,73 m2; Hodnocení stádia CKD dle odhadu CKD-EPI: G1

Glomerulární filtrace normální nebo vysoká.; S_Kyselina močová: 296 μmol/l; S_Bilirubin celkový: 4,9 μmol/l; S_ALT: 0,29 μkat/l; S_AST: 0,44 μkat/l; S_GGT: 0,18 μkat/l; S_CRP: 1,3 mg/l; C_FW-sedimentace 1 hod.: 42 mm(2-9); C_FW-sedimentace 2 hod.: 60 mm(6-20); B_Leukocyty [WBC]: 9,2 10^9/l; B_Hemoglobin [HGB]: 150 g/l; B_Hematokrit [HCT]: 0,441 1; B_Erytrocyty [RBC]: 4,76 10^12/l; B_Střed.obj.erytr. [MCV]: 92,6 fl; B_Barvivo erytr. [MCH]: 32 pg; B_Stř.barev.kon. [MCHC]: 340 g/l; B_RDW-CV: 0,136 1; B_Trombocyty [PLT]: 239 10^9/l; B_Nezralé granulocyty - abs.počet: 0,02 10^9/l; B_Neutrofilly - abs.počet: 2,94 10^9/l; B_Lymfocyty - abs.počet: 1,38 10^9/l; B_Monocyty - abs.počet: 0,11 10^9/l;

B_Eozinofilly - abs.počet: 4,78 10^9/l(0-0,5); B_Bazofilly - abs.počet: 0,02 10^9/l; B_Nezralé granulocyty - relativně: 0,2 %; B_Neutrofilly - relativně: 0,318 1(0,45-0,7); B_Lymfocyty - relativně: 0,15 1(0,2-0,45); B_Monocyty - relativně: 0,012 1(0,02-0,12); B_Eozinofilly - relativně: 0,518 1(0-0,05); B_Bazofilly - relativně: 0,002 1; B_Krevní obraz + diferenciál: proveden;

Odebráno: 29.06.2026 07:42

B_Leukocyty [WBC]: 7,8 10^9/l; B_Hemoglobin [HGB]: 128 g/l(135-175); B_Hematokrit [HCT]: 0,376 1(0,4-0,5); B_Erytrocyty [RBC]: 4,04 10^12/l; B_Střed.obj.erytr. [MCV]: 93,1 fl; B_Barvivo erytr. [MCH]: 32 pg; B_Stř.barev.kon. [MCHC]: 340 g/l; B_RDW-CV: 0,138 1; B_Trombocyty [PLT]: 332 10^9/l; B_Nezralé granulocyty - abs.počet: 0,01 10^9/l; B_Neutrofilly - abs.počet: 1,23 10^9/l(2-7); B_Lymfocyty - abs.počet: 2,23 10^9/l; B_Monocyty - abs.počet: 0,35 10^9/l; B_Eozinofilly - abs.počet: 3,94 10^9/l(0-0,5); B_Bazofilly - abs.počet: 0,02 10^9/l; B_Nezralé granulocyty - relativně: 0,1 %; B_Neutrofilly - relativně: 0,158 1(0,45-0,7); B_Lymfocyty - relativně: 0,287 1; B_Monocyty - relativně: 0,045 1; B_Eozinofilly - relativně: 0,507 1(0-0,05); B_Bazofilly - relativně: 0,003 1; B_Krevní obraz + diferenciál: proveden;

S_CRP: <1 mg/l; S_Vitamin B12: 612 pmol/l; S_Ferritin: 184,85 μg/l;

negativní; U_Urobilinogen: negativní; U_Bilirubin: negativní; U_Krey: negativní; U_Leukocyty: negativní; U_Nitrity: negativní; U_Erytrocyty elementy: 0 10^6/l; U_Leukocyty elementy: 0 10^6/l; S_IgE: 6,1 kU/l; (Upozorňujeme na aktualizované

rozmezí podle posledního vydání Tzima: Laboratorní diagnostika.) Tryptáza: 6,5 μg/l; S_ANA IgG IF: 200 arb.j.(0-100); S_ANA IgG - obraz jádra: jemně zrnitý (AC-4); S_ANA : počet prov.výkonů: 1 ; ANA screen: 0,3 -; (ANA screen umožňuje detekci protilátek proti následující směsi antigenů: U1RNP (RNP70, A, C), SS-A/Ro (60 kDa, 52 kDa), SS-B/La, centroméra B, Scl-70, Jo-1, fibrillarin, RNA Pol III, Rib-P, PM-Scl, PCNA, Mi-2 proteiny, Sm

dolnímu rtu , t.č. nechce.

Gastro: 2/26: obraz antra- odebrána histologie

Plicní 30/3/2026 HRCT z 2/2/2026 v CT obraze lehká lymfadenopatie v mediastinu a axile bilat drobné viz min reaktivní změny, jinak norm. nález , t.č. bez zn. plicního postižení , fľeň v normě., ko za rok

UZV ŠŽ: 4/2026: RES: norm. UZV ŠŽ, Lymfatické uzliny v oblasti krku bez susp. vzhledu. , Zvětšené LU v obou axilách nesusp. vzhledu, v.s. reaktivní do 19 mm

Sono axil 11/2025: Axil. bilat sledované LU reaktivního vzhledu - největší beze změny vzhledu i velikosti . V okolí klíčků již bez atypických LU

Hematologie poslední vřdí příloha 30/4/2026 , + 7/2027 T.č. hyperosinofilní sy neprokázán, vyšetření kostní dřene klonalitu neprokázalo,

Infekční nem. Bohunice : 13/7/2026: t.č. není susp. na konkrétního parazita, možné překrytí terapií / kortikoidy, biol. léčba/ ko při průkazu susp. parazitárního cystického ložiska vhodného k biopsii

GFS: histologie 6/26 - RES: Reaktivní gastritida

UZV břicha 24/6/2026: RES: bez patologie

Alergologické vyšetření absolvoval 2026 a bylo negativní / dle pacienta - doručí /

Elecholog : 11.06.2026 09:53

Nález: Subj.: Kontrolní echokardiografie po 2 letech se zaměřením a asc. aortu a s ohledem na eosinofilii

Obj.: váha 83kg, výška 183cm, TK 130/80 mmHg. Při vědomí, orientován, afebrilní, eupnoe. Hlava bpn, karotidy bez želeste. Hlavení souměrný, dýchání je čisté, skřípkové, bez vedlejších fenoménů. Akce srdce pravidelná, TF 90/min, ozvy 2, ohraničené. Břicho měkké, nebolestivé. DKK bez otoků a známek zánětu. Pulsace hmatné do periferie. Orientačně neurologicky nihil.

EKG: akce pravidelná, SR, TF 70/min, PQ 0,17 s, QRS 0,11 s, QTc 0,44 s, ST izoelektrické, T konkordantní, osa +7

TRANSTORAKÁLNÍ ECHO-DOPPLEROVSKÉ VYŠETŘENÍ

Indikace: revmatoidní artritís; Vyšetřitelnost: dobrá, Dokumentace: elektronická Dvojrozměrná echokardiografie:

Velikosti srdečních oddílů: Průměr levé komory: EDD: 56mm, ESD: 38mm, LVEDVj: 72ml/m2 (norma ženy <61ml/m2, muži <74ml/m2), Průměr levé síně: 35mm. Objem levé síně: 33ml/m2 (<35mlm2). Průměr pravé komory: 26mm, A4C: 35mm

bulózně. Kořen: 26 mm, bulbus: 42 mm, ST junkce 32 mm. Ascendentní aorta: 42mm. Tloušťka myokardu: septum 10mm, zadní stěna 10mm. LVMj: 89g/m2 (ž <95g/m2, m <115g/m2).

Funkce levé komory: Ejekční frakce 60-65%. Kinetika levé komory: normální. Funkce pravé komory: TAPSE 28mm.

Nález na chlopních: Mitrální chlopeč: cípy jemné, koaptace dobrá. Regurgitace úzkým jetem pod cípy, dvoufázový transmitrální průtok, bez známek stenózy. Vlna E 0,38m/s, vlna E´ 15,8cm/s, E/E´ 2,40.

Aortální chlopeč: v.s., trojčípá, cípy jemné s normální separací. Ao Vmax 1,5m/s (PGmax 8,83mmHg), regurgitace

do LVOT, PHT 640ms. Systolický objem: LV SI 33ml/m2. Trikuspidální chlopeč: normální. Regurgitace úzkým jetem pod cípy, PGmax 31mmHg. Pulmonální chlopeč: normální. ACT 153ms, Vmax 0,6m/s.

Perikard: bez výpotku. Další nálezy: Dolní dutá žíla 14mm, s respiračním poklesem na 5mm; interatriální septum z TTE bez patrného zkratového proudění.

Závěr: Normální systolická funkce i kinetika nedilatované LKs. Normální tloušťka stěn. Lehká dilatace bulbu a

ascendentní aorty. Triviální aortální regurgitace. Pravá komora nedilatovaná, s dobrou funkcí. Nejsou nepřímé známky plicní hypertenze.

Doporučení: Pravidelné kontroly TK, nezvedat těžká břemena (nad 15kg), vyvarovat se statické zátěži. Kontrolní

echo za 2 roky (t.č. stacionární nález). Echokardiograficky nejsou známky postižení srdce při eosinofilii - bez trombů, postižení chlopní či obrazu restriktivní KMP.

RTG:

RTG ruce 29/8/2025 v oblasti RC skl. lehká subchondr. sklerotizace, jinak beze změny. snížení MCP II l. sin a III l. dš - usurace? osová deviace v IPP palců bilat

nohy: 29/8/2025 v hlavičkách obou V MTT četná cystická projasnění, eroze hlavice další v bazi 3,4 prstu l. dš , mírně halluxy bilat, lehká

Dexa 1/2024: norm. nález ve všech měřených oblastech

RES: Revmatoidní artritida seropozitivní, anti CCP pozitivní II b po přerušení biologika s výrazným nárůstem aktivity onemocnění,

Hyper eosinofilie od 9/24 přechodně a od 12/25 stabilně a "alergické prchavé exantemy" , Stp. gastritidě v 11/25 - eosinofilní ??? zvažován i polékový podíl anti TNF terapií, MTX / po vysazení na kortikoterapii /Prednison 20...10 mg- postupně pokles eosinofilů v čase po vysazení MTX a ADA / 10,6 ...6,8/, ale při nasazení IL 6 pro vysokou aktivitu RA opět eosinofilie etiol?

Stp. pneumonii Legionella pneumophila v 2/2025 (opravoval starý bojler a vytekl na ně)

Stp. 1982 - plastika ledy, pávníčky pro vrozenou vadu, 2010 tříselná kýla

AA: Nimesil? Nolpaza? – spíše intolerance?

Dop: Konkomitantní medikace: Emo xen plus 1x1, při bolesti dále Medrol 8 mg denně + Helicid 40 1x1 nalačno

Biologická léčba: Avtozma 162 mg s.c. á týden

Rozvaha: po 11 iní Avtozmy 162mg/týdně s.c. je dosaženo zlepšení, ale ne DAS 28 pod 3,2 a méně... t.č. 1x přerušeni, 1x možná gastritida?

V plánu ještě ko Stolice na Ok – 1x v době gastritidy bylo mírně +, ev při pozitivě kolonoskopie.

Stran ev. klonality jsem znovu oslovila hematologa – stav bude znovu konsultován.

Paraziti neprokázáni, ale ani nevyloučení /vřdí příloha/

Pokles je evidentně po střední dávce kortikoidů, ale i tak zůstávají hodnoty zvýšené 6x nad normu. Pac. užívá kortikoidy už přes půl roku v dávce Medrol 16-8 mg/D resp 20..10mg Prednisonu denně .

Adalimumab ani Methotrexat dle mého názoru tedy nebyli příčinou hyperosinofilie.

V době přerušení biologické terapie a MTX došlo k výraznému nárůstu aktivity onemocnění - revmatoidní artritidy, AOE v tu dobu byla 6x zvýšená cca 5 měsíců po vysazení obou výše jmenovaných. Jak tedy dle vašeho názoru ideálně postupovat dále, co jsem opomněla ev. vyšetřit? Budu ráda za Vaše názory a zkušenosti. Děkuji