

## Pneumocystozowe zapalenie płuc u biorcy przeszczepu nerki z nadwrażliwością na kotrimoksazol

### *Pneumocystis jirovecii pneumonia after kidney transplantation with co-trimoxazole hypersensitivity*

Aleksandra Musiała, Paweł Poznański, Dorota Kamińska, Oktawia Mazanowska, Magdalena Krajewska

Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

#### Streszczenie

**Wstęp.** Pneumocystozowe zapalenie płuc (*ang. pneumocystis pneumonia; PCP*) powodowane jest przez *Pneumocystis jirovecii* i występuje najczęściej u osób z upośledzeniem odporności komórkowej. Choroba występuje głównie u HIV-pozytywnych pacjentów chorujących na AIDS oraz HIV-negatywnych pacjentów z obecnością czynników ryzyka, do których zaliczamy m.in. obecność nowotworowego guza litego, stan po przeszczepieniu narządu oraz komórek hematopoetycznych, występowanie chorób zapalnych i autoimmunologicznych. Standardowym postępowaniem, zarówno profilaktycznym, jak i leczniczym, jest stosowanie trimetoprimu z sulfametoksazolem (kotrimoksazol, TMP-SMX). **Material i metody.** Przedstawiamy przypadek leczenia pneumocystozowego zapalenia płuc u biorcy przeszczepu nerki, u którego nie można było wdrożyć ani profilaktyki, ani leczenia pierwszego rzutu ze względu na stwierdzoną uprzednio reakcję nadwrażliwości na kotrimoksazol. U pacjenta zastosowano schemat alternatywny stosując 2400 mg klindamycyny dziennie w postaci dożylniej w dawkach podzielonych wraz z 30 mg prymachiny raz dziennie doustnie. W terapii immunosupresyjnej stosowano w czasie leczenia schemat dwulekowy z takrolimusem oraz glikokortykosteroidami w zwiększonej dawce. **Wyniki.** Zastosowane leczenie przyniosło szybką poprawę kliniczną. U chorego zaobserwowano ustąpienie duszności, znaczną poprawę wydolności wysiłkowej i samopoczucia. Na podstawie ujemnego wyniku PCR materiału genetycznego *Pneumocystis jirovecii*, leczenie zakończono po 29 dniach. **Wnioski.** W przypadku wystąpienia objawów takich jak duszność, suchy kaszel czy gorączka, również w późnym okresie po przeszczepieniu narządu, zawsze należy wziąć pod uwagę PCP. W leczeniu pierwszej linii należy zastosować TMP-SMX, w przypadku braku możliwości, należy zastosować schematy alternatywne. (*Farm Współ 2019; 12: 113-118*)

*Słowa kluczowe: pneumocystozowe zapalenie płuc, nadwrażliwość na kotrimoksazol, przeszczep nerki*

#### Abstract

**Introduction.** Pneumocystis pneumonia (PCP) is an opportunistic infection caused by *Pneumocystis jirovecii*. It concerns mainly patients with cell-mediated immunity, especially among HIV-positive patients. However pneumocystis pneumonia is also a significant problem among HIV-negative patients being under immunosuppressive treatment due to different reasons: transplant recipients, malignancies and auto-immune disorders. First line therapy as well as prophylaxis consists trimethoprim/sulfamethoxazole (co-trimoxazole, TMP-SMX). **Material and methods.** We present a case report of kidney transplant recipient with pneumocystis pneumonia and previously diagnosed co-trimoxazole hypersensitivity. In therapy the alternative agents were used as dapsone or aerosolized pentamidine with good clinical tolerance and complete remission of PCP symptoms. After 29 days of therapy PCR test for *Pneumocystis jirovecii* was negative and the treatment was finished. **Conclusion.** In case of sudden dyspnea, dry cough or fever in transplant recipient PCP should be always considered, even in the late period after transplantation. The first line treatment consist of TMP-SMX. Alternative therapy with dapsone or pantamidine is possible in case of diagnosed hypersensitivity or intolerance. (*Farm Współ 2019; 12: 113-118*)

*Keywords: pneumocystis pneumonia, co-trimoxazole hypersensitivity, kidney transplant*