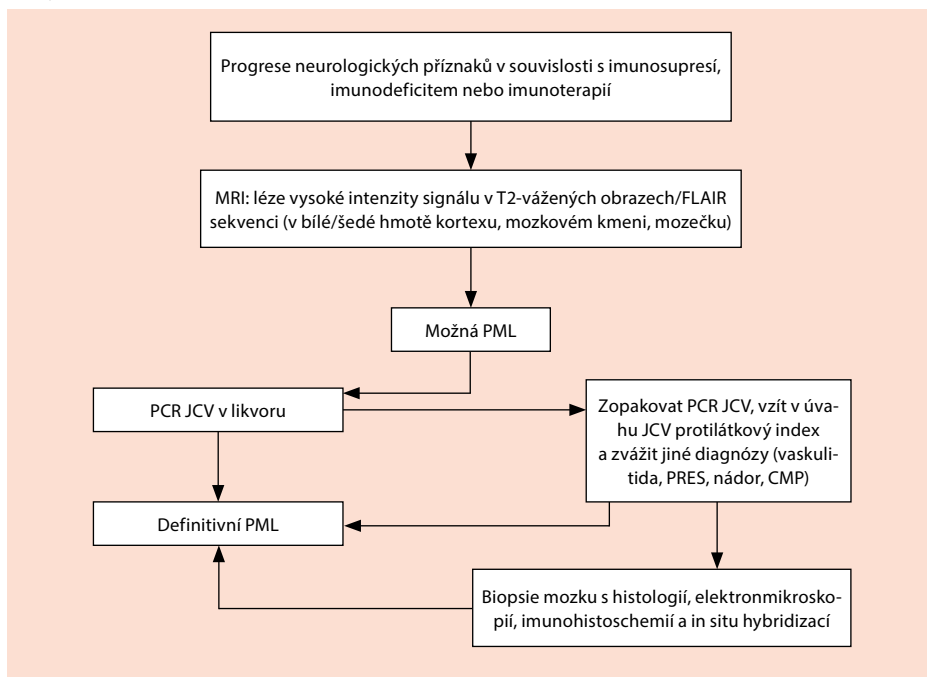


**Tab. 1.** Klasifikace průběhu HIV v jednotlivých stadiích

A – asymptomatické stadium	Akutní HIV infekce Asymptomatická HIV infekce Perzistující generalizovaná lymfadenopatie
B – symptomatické stadium („malé oportunní infekce“)	Orofaryngeální kandidóza Orální leukoplakie Bacilární angiomatóza Lymfoidní intersticiální pneumonie Herpes zoster (recidivující) Horečka nebo průjem trvající déle než jeden měsíc Trombocytopenická purpura Listerióza (meningitida) Recidivující adnexitidy Periferní neuropatie
C – stadium AIDS onemocnění „velké oportunní infekce“	Pneumocystová pneumonie Mozková toxoplazmóza Ezofageální kandidóza Generalizovaná CMV infekce a retinitida Generalizovaná infekce herpes simplex Recidivující pneumonie Recidivující salmonelové sepse TBC Diseminovaná infekce atypickými mykobakteriemi Extrapulmonální kryptokokóza (meningitida) Chronická kryptosporidióza Diseminovaná histoplazmóza Kaposiho sarkom Progresivní multifokální leukoencefalopatie HIV encefalopatie (AIDS demence) Wasting syndrom (slim disease)

Zdroj: Černý R, Machala L. Neurologické komplikace HIV/AIDS, 2007

**Schéma 1.** Diagnostický algoritmus sekce neuroinfekčních onemocnění Americké akademie neurologie, (převzato z Bartsch T, Rempel T, Leypoldt F, et al. The spectrum of progressive multifocal leukoencephalopathy: a practical approach. Eur J Neurol. 2019;26:566–e41)



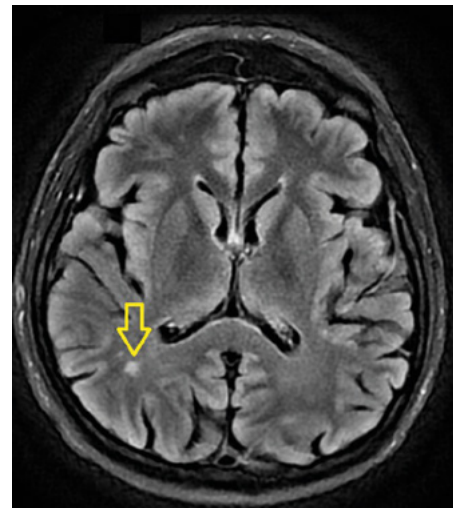
daná infekce PML se potvrdila zjištěním vysokého počtu kopií DNA JCV.

Po verifikaci diagnózy PML jsme zahájili došetření příčiny imunitního deficitu. Vzhledem ke skutečnosti, že pacient neužíval žádnou imunosupresivní terapii a výskyt hematoonkologického onemocnění byl málo

pravděpodobný, pomýšeli jsme na prvním místě na dosud nerozpoznanou infekci HIV.

Toto podezření se později potvrdilo sérologickým a likvorologickým průkazem protilátek proti HIV a následně průkazem vysokého počtu kopií RNA viru HIV v séru po konfirmaci v Národní referenční laboratoři

**Obr. 3.** MR mozku z 1/2021 – nesespecifické demyelinizační ložisko parietálně vpravo



(NLR). Vzhledem k pozitivě HIV byla provedena dodatečná sérologie sexuálně přenosných onemocnění s negativním výsledkem. Ke kvantifikaci tíže postižení HIV a zařazení do laboratorního stadia bylo indikováno flow-cytometrické vyšetření krve se zjištěním narušení poměru CD4/CD8 ve prospěch CD8. Kvantitativně se jednalo o pokles CD4 lymfocytů k 5 % – v absolutním počtu 45 buněk/μl (jednalo se o infekci HIV ve stadiu C3 dle CDC vzhledem k přítomnosti indikativní diagnózy pro C a počtu CD4+ lymfocytů menším než 200 buněk/μl).

K zahájení antiretrovirové terapie byl pacient přeložen na Klinikou infekčních chorob FN Brno Bohunice, odkud byl následně propuštěn do domácí péče. Stav pacienta nadále progreduje a zvyšuje se jeho závislost na péči druhé osoby.

**Diskuze**

Při analýze naší kazuistiky vyvstávají četné otázky a pochybnosti:

**Srovnání typického průběhu HIV infekce a průběhu nákazy u pacienta z naší kazuistiky**

PML patří mezi tzv. „velké oportunní infekce“, které jsou typické pro klinickou kategorii C onemocnění HIV – stadia AIDS. Důležitým předpokladem reaktivace JCV, a tím vzniku PML, je hluboká CD4+ lymfopenie – obvykle pod 100 buněk/μl, tedy v relativním počtu pod 14 %. Ve stadiu A se mohou objevovat nesespecifické příznaky různých onemocnění, proto je diagnostika obtížná a mnohdy je in-