

## 11. MEDRI znanstveni piknik: knjižica sažetaka

---

### Other document types / Ostale vrste dokumenata

Publication year / Godina izdavanja: **2022**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:243700>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-17**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)

2.-3.12.2022.

# KNJIŽICA SAŽETAKA



11. MedRi znanstveni PIKNIK

Medicinski fakultet u Rijeci

2.-3. prosinca 2022.

## Impressum

Publikacija i organizacija: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, FOSS-Medri

Urednici zbornika sažetaka: Lana Oštro, Jana Mešić, Patricia Novoselac, Marta Pavlović,  
Anja Ovčariček

ZNANSTVENI ODBOR:

doc. dr. sc. Nina Pereza, dr. med. Maja Mrak, dr. med.

ORGANIZACIJSKI ODBOR:

Voditeljica projekta: Lana Oštro

Članovi organizacijskog odbora: Jana Mešić, Patricia Novoselac, Anja Ovčariček, Marta Pavlović

Originalni sažetci nisu recenzirani ni lektorirani te za jezičnu i sadržajnu ispravnost odgovara isključivo Autor. Sva mišljenja, zaključci i preporuke iznesene u Zborniku sažetaka ne odnose se na mišljenja Organizacijskog i uredničkog odbora ili sponzora, već je to isključivo odgovornost Autora.

## Predgovor

MedRi znanstveni PIKNIK (pokret ideja, kreativnost, napredak i konkurentnost) je studentski projekt koji se 2. i 3. prosinca 2022. godine održava po jedanaesti put u organizaciji Fakultetskog odbora svih studenata Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, u suradnji sa Studentskim zborom Medicinskog fakulteta i Studentskom sekcijom Medicine Fluminensis.

Vođen idejama temeljenim na dugogodišnjoj tradiciji znanstvenih istraživanja na Medicinskom fakultetu, MedRi znanstveni PIKNIK nositelj je ideje da su ista istraživanja važna za osobni napredak studenata i asistenata na zdravstvenim fakultetima. Kao takav, ističe važnost znanstvenog rada i daje priliku svakom pojedincu, bilo studentu, bilo mladom liječniku, da se predstavi u okviru svoga područja znanstvenog interesa, s ciljem početne afirmacije i publikacije znanstvenih radova, kao i s ciljem lakšeg pronalaženja mentora za daljnji rad. Time se svakako pruža prilika marljivim pojedincima i skupinama da ih prepoznaju iskusni istraživači. Takva mogućnost otvara vrata na tržištu rada, a uz to i bolje informiranje studenata i akademske zajednice o radu pojedinca ili istraživačke skupine. Time potičemo i razvoj inovacija, te primjenu istraživanja u zdravstvu i doprinosimo napretku dijagnostike i terapije za naše pacijente.

Potaknuti željom za stjecanjem novih iskustava i sklapanjem prijateljstava, želimo Vam dobrodošlicu na ovogodišnji, 11. MedRi znanstveni PIKNIK!

Vaš Organizacijski odbor

# PROGRAM SIMPOZIJA

## PETAK, 2. prosinca 2022.

9:45 – 10:15h – Registracije (Aula fakulteta)  
10:15 – 10:20h – Uvodna riječ voditeljice PIKNIK-a (P2)  
10:20 – 10:25h – Svečano otvorenje: prodekanica za znanost MedRi prof.dr.sc. Marina Šantić, dipl.sanit.ing. (P2)  
10:25 – 10:55h – Plenarno predavanje: „*Zašto neke neurološke bolesti počinju u crijevima?*“  
doc.prim.dr.sc. Vladimira Vuletić, dr.med., FRCP, FEAN, subspec. neurodegenerativnih bolesti (P2)

10:55 – 12:40h – Studentska sekcija I (P2):

10:55 – 11:10h – **Dramatična manifestacija infektivne mononukleoze s rupturom slezene**  
Kelčec Luka, Bzik B, Knez N, Manojlović S  
11:10 – 11:25h – **Kompleksnost donošenja odluka u visokorizičnih pacijenata – Postoperativna plućna embolija**  
Knez Nora, Kelčec L, Vojvodić B, Augustin G  
11:25 – 11:40h – **Mehanička cirkulacijska potpora i liječenje kardiogenog šoka - Opravdavaju li rezultati liječenja cijenu uređaja?**  
Knez Nora, Delalić Đ, Prkačin I  
11:40 – 11:55h – **Aorto-lijevi ventrikularni tunel**  
Baković Drago, Anđelić A, Budimir K, Šarić D  
11:55 – 12:10h – **Diferencijalna dijagnoza disfonija dječje dobi**  
Benčić Jelena, Baković D, Bajan M, Marinović L, Đanić Hadžibegović A  
12:10 – 12:25h – **Kaposijev sarkom u HIV pozitivnog pacijenta**  
Morić Nikolina, Omerović A, Tondini S, Čop K  
12:25 – 12:40h – **Eozinofilni ezofagitis**  
Morić Nikolina, Omerović A, Tondini S, Čop K  
12:40 – 12:50h – Pauza za kavu (Aula fakulteta)  
12:50 – 12:55h – Predstavljanje Studentske Sekcije Medicine Fluminensis: Tiyya Selimović

12:55 – 14:25h – Studentska sekcija II (P2):

12:55 – 13:10h – **Maligni blue naevus kao (neotkriveno) primarno sjelo recidivirajućih metastaza melanoma?**  
Vučković Tin, Belušić M, Zamolo G  
13:10 – 13:25h – **Kardiorenalni sindrom**  
Hršak Leonardo, Karaman L  
13:25 – 13:40h – **Neoperativni pristup liječenju apendicitisa u pedijatrijskoj populaciji**  
Karaman Lucija, Hršak L  
13:40 – 13:55h – **Srčana sarkoidoza kao uzrok AV bloka 3. stupnja**  
Bzik Barbara, Kelčec L, Prica V  
13:55 – 14:10h – **Akutna intoksikacija heroinom i etilnim alkoholom**  
Tomašić Lara, Benvin A, Otočan M  
14:10 – 14:25h – **Multipli primarni maligni tumori štitnjače**  
Bzik Martina, Rajković Molek K, Avirović M, Divošević S, Giroto N, Bogović Crnčić T  
14:25 – 14:30h – Završna riječ dekana MedRi izv.prof.dr.sc. Gorana Hausera, dr.med. (P2)  
14:30 – 15:00h – Zakuska (Aula fakulteta)  
15:00 – 15:30h – Dodjela nagrada (Aula fakulteta)

18:00 – 19:30h – Pub Kviz Case Night u suradnji sa Studentskom sekcijom Medicine Fluminensis (prostorije FOSS-a)

## SUBOTA, 3. prosinca 2022.

12:00 – 14:00h – Radionica „*Kako napisati dobar prikaz slučaja?*“ pod vodstvom doc.dr.sc. Nine Pereze, dr.med. (P9)

2.-3.12.2022.

# KNJIŽICA SAŽETAKA



11. MedRi znanstveni PIKNIK

Medicinski fakultet u Rijeci

2.-3. prosinca 2022.

## Sadržaj

Dramatična manifestacija infektivne mononukleoze s rupturom slezene; prikaz slučaja mlade odrasle osobe.....	6
Kompleksnost donošenja odluka u visokorizičnih pacijenata – Postoperativna plućna embolija i intraabdominalni hematom nakon totalne kolektomije zbog ulceroznog kolitisa; prikaz slučaja ..	7
Mehanička cirkulacijska potpora i liječenje kardiogenog šoka - Opravdavaju li rezultati liječenja cijenu uređaja?; narativni pregled.....	8
Aorto-lijevi ventrikularni tunel; prikaz slučaja.....	9
Diferencijalna dijagnoza disfonija dječje dobi; presječno istraživanje.....	10
Kaposijev sarkom u HIV pozitivnog pacijenta; prikaz slučaja.....	11
Eozinofilni ezofagitis; prikaz slučaja.....	12
Maligni <i>blue naevus</i> kao (neotrkiveno) primarno sijelo recidivirajućih metastaza melanoma?; prikaz slučaja .....	13
Kardiorenalni sindrom; pregledni rad.....	14
Neoperativni pristup liječenju apendicitisa u pedijatrijskoj populaciji; pregledni rad .....	15
Srčana sarkoidoza kao uzrok AV bloka 3. stupnja; prikaz slučaja .....	16
Akutna intoksikacija heroinom i etilnim alkoholom; prikaz slučaja .....	17
Multipli primarni maligni tumori štitnjače; prikaz slučaja .....	18
Hemoragični šok: komplikacija biopsije prostate; prikaz slučaja.....	19
Zahvale.....	20

## **Dramatična manifestacija infektivne mononukleoze s rupturom slezene; prikaz slučaja mlade odrasle osobe**

Kelčec L.<sup>1</sup>, Bzik B.<sup>2</sup>, Knez N.<sup>1</sup> Manojlović S.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

<sup>3</sup>Opća bolnica Virovitica, Virovitica, Hrvatska

luka.kelcec21@gmail.com

**UVOD:** Ruptura slezene je vrlo rijetka, ali potencijalno smrtonosna komplikacija infektivne mononukleoze. Događa se kod samo 0,1-0,5 % zaraženih.<sup>1</sup> Smrtnost ovog stanja iznosi oko 1%, dok se zakašnjelom dijagnozom ta brojka penje do čak 10%.<sup>2</sup> U nastavku predstavljamo slučaj atraumatske rupture slezene u 23-godišnjeg mladića s infektivnom mononukleozom.

**PRIKAZ SLUČAJA:** Pacijent je bio zaprimljen na općem hitnom bolničkom prijemu zbog oštrih bolova u prsima, mučnine, povraćanja i kratkotrajnog gubitka svijesti. Naveo je kako je protekla dva dana bio febrilan. Krvna slika pokazala je anemiju, trombocitopeniju, limfocitozu i monocitozu, a biokemijske pretrage pokazale su povišene jetrene enzime, hiperbilirubinemiju i povišene LDH i CRP. Na RTG-u prsišta uočen je visok položaj ošita. Ultrazvučni pregled abdomena prikazao je izrazitu splenomegaliju i slobodnu tekućinu. Dva sata po primitku javio se novi nalet bolova uz povraćanje i znakove hemodinamskog šoka, a MSCT snimka dokazala je spontanu rupturu slezene. Pacijent je bio poslan na hitnu kiruršku intervenciju. Učinjena je medijalna laparotomija i eksploracijom je uočena uvećana slezena s difuznim laceracijama te je učinjena splenektomija. Postoperacijski tijek bio je zadovoljavajući te je pacijent na vlastiti zahtjev otpušten kući tjedan dana nakon zahvata, unatoč tome što je bio upozoren na moguće posljedice. Pet dana nakon otpusta, kontrolnim pregledom utvrđen je uredan tijek oporavka.

**ZAKLJUČAK:** Iako je ruptura slezene rijetka manifestacija infektivne mononukleoze, potrebno je na nju posumnjati jer ranom dijagnozom uvelike povećavamo šanse za preživljenje. Također, ruptura slezene kod pacijenata s visoko položenim ošitom može se prezentirati atipičnim simptomima poput bolova u prsištu.

**KLJUČNE RIJEČI:** grudna bol, opća kirurgija, infektivna mononukleoza, splenektomija, ruptura slezene



## Kompleksnost donošenja odluka u visokorizičnih pacijenata – Postoperativna plućna embolija i intraabdominalni hematoma nakon totalne kolektomije zbog ulceroznog kolitisa; prikaz slučaja

Knez N.<sup>1</sup>, Kelčec L.<sup>1</sup>, Vojvodić B.<sup>1</sup>, Augustin G.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

noraknez6@gmail.com

**UVOD:** Učerozni kolitis colitis (UK) i kolorektalna kirurgija predstavljaju rizične čimbenike za vensku tromboemboliju (VTE) koja obuhvaća duboku vensku trombozu (DVT) i plućnu emboliju (PE). American College of Chest Physicians preporučuje DVT profilaksu s niskim dozama nefrakcioniranog heparina ili niskomolekularnog heparina za visokorizične pacijente koji idu na kirurški zahvat. Međutim, preoperativna premosna antikoagulantna terapija zahtijeva savjesnu procjenu prednosti prevencije VTE naspram značajno povišenog rizika postoperativnih komplikacija u vidu krvarenja. Ovim radom prikazujemo slučaj bolesnice s UC kod koje se totalna kolektomija komplicira s PE i intraabdominalnim hematomom.

**PRIKAZ SLUČAJA:** Sedamdesetsedmogodišnja bolesnica s anamnezom krvave dijareje zaprimljena je na hitni prijem zbog egzacerbacije UC s dvotjednom anamnezom krvavog proljeva, učestalih stolica i grčevitih bolova u trbuhu. Laboratorijski nalazi: leukociti  $17,5 \times 10^9/L$ , CRP 185 mg/L, Hgb 95g/L, broj trombocita  $468 \times 10^9/L$ ; fibrinogen 4,0 g/L, PT 0,69, APTT 28,3s, i albumin 24 g/L. Indicirana je semiurgentna proktokolektomija s ileostomom uz preporučenu tromboprofilaksu enoksaparinom (0,4 mL). Šesti postoperativni dan (POD). Povišena sumnja na PE potvrđena je povišenim ddimerima (1,94 mg/L) i CT-om. Započete su terapijske doze enoksaparina (2x0,8 mL). 17POD, anurija, povišena urea (9.7mmo/L) i kreatinin (265umol/L) indicirali su hitni CT. Otkiva se intraabdominalni hematoma koji komprimira uretere uzrokujući hidronefrozu te je kirurški evakuiran isti dan. Bolesnica se prebacuje na profilaktičke doze enoksaparina (0,4mL). 25POD dolazi do dehiscencije abdominalne stijenke što se tretira vakuumski asistiranim zatvaranjem (VAC). Stanje bolesnice se progresivno pogoršava i završava letalno.

**ZAKLJUČAK:** Ovaj slučaj predstavlja kompleksnost donošenja odluka u bolesnika s UC koji su podvrgnuti kolorektalnoj kirurgiji zbog značajno povišenog rizika VTE. Optimizacija doza antikoagulansa i procjena rizika postoperativnog krvarenja ključni su za izjednačavanje gubitaka i dobiti te snižavanja incidencije komplikacija. Unatoč tome, potrebna su daljnja istraživanja kako bi se odredilo liječenje postoperativnog krvarenja u bolesnika za koje smjernice preporučuju antikoagulaciju.

**KLJUČNE RIJEČI:** ulcerozni kolitis, kolorektalna kirurgija, venska tromboembolija, tromboprofilaksa, antikoagulacija

## Mehanička cirkulacijska potpora i liječenje kardiogenog šoka - Opravdavaju li rezultati liječenja cijenu uređaja?; narativni pregled

Knez N.<sup>1</sup>, Delalić Đ.<sup>1</sup>, Prkačin I.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinička bolnica Merkur, Zagreb, Hrvatska

noraknez6@gmail.com

**UVOD:** Kardiogeni šok (KŠ), najteži oblik akutnog srčanog zatajenja, je životno ugrožavajuće stanje obilježeno niskim srčanim minutnim volumenom s posljedičnom hipotenzijom i zatajenjem organa. Usprkos brojnim studijama o liječenju KŠ, mortalitet i dalje ostaje visok na 40-50%. Privremeni uređaji za mehaničku cirkulacijsku potporu (MCP) su relativno novi i kontroverzni modalitet liječenja KŠ. Novi uređaji su značajno skuplji od konvencionalnog liječenja te zahtijevaju dodatna ulaganja u aspektu edukacije osoblja i kontrole kvalitete. Ovaj pregled ima cilj odrediti premašuju li prednosti implantacije ovih uređaja cijenu troškova.

**MATERIJALI I METODE:** Podatci su prikupljeni iz dvije sveobuhvatne baze podataka MEDLINE i Google Scholar pretraživanjem ključnih riječi "mehanička cirkulacijska potpora", "akutno zatajenje srca" i "kardiogeni šok".

**REZULTATI:** Dostupni podatci pokazuju da se MCP-om postiže adekvatna hemodinamska potpora bez egzacerbacije ishemijske miokarda, s potencijalnom redukcijom zahtjeva miokarda za kisikom. ECMO i perkutani uređaji za asistiranu ventrikularnu potporu se u posljednje vrijeme sve više koriste zbog novih studija čiji rezultati opravdavaju prednosti njihovog korištenja. Međutim, većina dostupnih podataka je i dalje dvosmisljena, bez definitivnih dokaza prednosti na temelju kvalitetnih kliničkih ispitivanja.

**ZAKLJUČAK:** Istraživanja u budućnosti su neophodna da se odredi podobnost MCP, usporedi efikasnost pojedinih uređaja te uspostave smjernice za implementacije MCP u liječenju KŠ. Omjer troškova i koristi još uvijek je tema žustre rasprave i vjerojatno će tako ostati dok se ne pojave konkretniji dokazi o prednostima MCP naspram medikamentoznog liječenja KŠ.

**KLJUČNE RIJEČI:** kardiogeni šok, akutno srčano zatajenje, mehanička cirkulacijska potpora

## Aorto-lijevi ventrikularni tunel; prikaz slučaja

Baković D.<sup>1</sup>, Anđelić A.<sup>1</sup>, Budimir K.<sup>1</sup>, Šarić D.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar Zagreb, Zagreb, Hrvatska

dragobakovic2@gmail.com

**UVOD:** Aorto-lijevi ventrikularni tunel je izuzetno rijetka prirođena srčana anomalija kod koje ekstrakardijalni kanal povezuje uzlaznu aortu sa lijevim ventrikulom. Navedena anomalija može uzrokovati značajan morbiditet rano u životu. Uzrok visokog morbiditeta se prepisuje preopterećenju volumenom i zatajenju lijeve klijetke. Kirurška intervencija obično je kurativna s minimalnim ranim komplikacijama. S obzirom na mali broj zabilježenih slučajeva, dugoročni učinci i ishod kirurškog liječenja nisu poznati.

**PRIKAZ SLUČAJA:** Prezentiramo dojenče u dobi od 4,5 mjeseca koje je primljeno na Zavod za kardiologiju radi invazivne kardiološke obrade prirođene srčane greške. Lista lijekova na prijemu je uključivala furosemid, spironolakton, kolekalciferol te azitromicin. Na učinjenom ultrazvuku se ističe izrazito proširena lijeva klijetka i proširena uzlazna aorta (18 mm). Desna strana srca je manja, bez vidljive jasne pulmonalne stenoze. Pažljivim pregledom verificiran je stvarni anulus aorte (12 mm u promjeru), a ostali dio je aortiko-lijevi ventrikul tunel kroz koji se odvija značajna aortna insuficijencija. Arterijski duktus je zatvoren. U nalazu elektrokardiograma je vidljiva sinusna tahikardija. Tijekom hospitalizacije je učinjena i kateterizacija srca kojom je dokazan pretok između uzlazne aorte i lijeve klijetke srca preko aorto-lijevog ventrikularnog tunela (ALVT) te volumno opterećenje lijeve strane srca. Uz to je dokazano da dijete ima manji atrijski septalni defekt (ASD) uz urednu interventrikularnu pregradu te normalan tlak u plućnom arterijskom stablu. Zbog velikog volumnog opterećenja lijeve strane srca djeteta te pridružene dilatacije uzlazne aorte i novonastale aortalne regurgitacije, dječak zahtijeva kirurško liječenje. Pacijent se otpušta na kućnu njegu dobrog općeg stanja i planirani kardiokirurški zahvat.

**ZAKLJUČAK:** Riječ je o iznimno rijetkoj prirođenoj srčanoj anomaliji. Bolest se može manifestirati različitom prezentacijom, od okultne lezije do zatajenja lijevog srca zbog volumnog opterećenja. Preporuča se rani kirurški zahvat kako bi se smanjile komplikacije. Kako su do sada zabilježeni malobrojni slučajevi u svijetu, pacijenta je potrebno pažljivo pratiti kako bi se stekla bolja razumijevanja i patofiziologija bolesti.

**KLJUČNE RIJEČI:** kronična srčana bolest, aorto-lijevi ventrikularni tunel, kardiokirurgija, pedijatrijska kardiologija

## Diferencijalna dijagnoza disfonija dječje dobi; presječno istraživanje

Benčić J.<sup>1</sup>, Baković D.<sup>1</sup>, Bajan M.<sup>1</sup>, Marinović L.<sup>2</sup>, Đanić Hadžibegović A.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup>Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

<sup>3</sup>Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata, Klinički bolnički centar Zagreb, Kišpatićeva 12, Zagreb, Hrvatska

<sup>4</sup>Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

jelenab0911@gmail.com

**UVOD:** Incidencija disfonija dječje dobi procjenjuje se na 6-25%, no usprkos tome često se nedovoljno prepoznaje. Literatura opisuje veću učestalost disfonije u dječaka doli u djevojčica, a kao najčešći uzrok navode se vokalni noduli. Cilj našeg istraživanja je utvrditi učestalost i diferencijalnu dijagnozu dječje disfonije u fonijatrijskoj ambulanti Klinike za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata Kliničkog bolničkog centra Zagreb od 2017. do 2022. godine.

**METODE:** Koristeći bolnički informacijski sustav, retrospektivno smo analizirali medicinsku dokumentaciju 255 bolesnika koji su pregledani u fonijatrijskoj ambulanti Klinike.

**REZULTATI:** Ukupno je 255 bolesnika imalo disfoniju. Veći je udio muške djece (61%). Medijan dobi bolesnika je 7,3 (0,2 – 17,9). Medijan dobi muške djece (7,1) značajno je manji od medijana dobi ženske djece (8,0). Kao najčešći uzrok disfonija dominiraju vokalni noduli (70%), na drugom je mjestu laringo-faringealni refluks (LPR) (11%), potom paraliza glasnica (4%), akutni laringitis (3%), papilomatoza glasnica (2%), cista glasnica (2%) i ostali uzroci (8%). Dvoje je bolesnika imalo kongenitalnu malformaciju (membrana larinksa i atrofija aritenoidnog mišića). U skupini bolesnika starijih od 14 godina podjednako su česti vokalni noduli i LPR te zatim slijedi uredan nalaz. U svim ostalim dobnim skupinama distribucija dijagnoza je jednaka – dominantno najčešći su vokalni noduli, a potom LPR i uredan nalaz koji su podjednako učestali. Razlike u učestalosti dijagnoza po spolu nema osim u slučaju LPR (muška djeca 4,6%, a ženska djeca 26%).

**ZAKLJUČAK:** Naša studija identificirala je vokalne čvoriće kao predominantno najčešći uzrok poremećaja fonacije u djece s najvećom učestalošću dijagnoze disfonije u dobi 3-7 godina. Iako se radi o relativno učestaloj dijagnozi, potrebno je obratiti posebnu pozornost na potencijalne uzroke jer je postotak krivo postavljenih dijagnoza i dalje visok.

**KLJUČNE RIJEČI:** disfonija, laringofaringealni refluks, disfunkcija glasnica, paraliza glasnica, poremećaji glasa

## Kaposijev sarkom u HIV pozitivnog pacijenta; prikaz slučaja

Morić N.<sup>1</sup>, Omerović A.<sup>2</sup>, Tondini S.<sup>1</sup>, Čop K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Zavod za fiziologiju, imunologiju i patofiziologiju, Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska  
nikolinamorich@gmail.com

**UVOD:** Kaposijev sarkom (KS) je rijedak, maligni, multilokularni vaskularni tumor koji potječe iz limfnih endotelnih stanica. Humani herpes virus 8 (HHV-8) uzrokuje 95% svih KS, a bolest se javlja u klasičnom obliku (u sklopu AIDS-a), endemskom (u Africi) i jatrogenom (nakon transplantacije). Incidencija KS, prema podacima GLOBOCAN-a iznosi tek 0.39% slučajeva na 100000 stanovnika. Cilj ovog rada je prikazati HIV pozitivnog pacijenta u kojega se razvio Kaposijev sarkom te ukazati na važnost ranog dijagnosticiranja i liječenja bolesti.

**PRIKAZ SLUČAJA:** Tridesetgodišnji pacijent javio se liječniku obiteljske medicine zbog nekoliko smečkastih, nepravilnih, deniveliranih papulonodula na koži gornjih ekstremiteta i trupa. Prilikom administrativnih liječničkih pregleda u inozemstvu, 2019.godine, pacijentu je otkrivena HIV infekcija. Pacijent je upućen na pregled dermatovenerologu te je postavljena radna dijagnoza Kaposijeva sarkoma. U studenom 2021.godine započeta je antiretroviralna terapija te se broj HIV1RNA kopija reducirao sa 244171 na 300, a lezije KS su također regredirale. U ožujku 2022.godine KS je uveden u remisiju te se započelo sa intralezionalnom aplikacijom 0.2mg/ml vinblastina. Promjene na trupu i ekstremitetima gotovo su potpuno regredirale, zamijećeno je nekoliko tamnosmeđih, oštro ograničenih lezija veličine do 1cm. Tri lezije na desnoj podlaktici bile su centralno blijede, indurirane, okružene eritemom. Indicirana je totalna ekscizija triju lezija, a uzorak je poslan na patohistološku analizu. Opisani su blago umnoženi vaskularni prostori, nepravilnog oblika u dermisu, između kolagenih vlakana, koji se vizualiziraju imunohistokemijskim bojanjem na CD34 i ERG, uz nešto vretenastih stanica blage atipije intersticijski. Potvrđena je dijagnoza ranog(patch) stadija KS. U lipnju 2022.godine pacijentu je otkriveno više konfluirajućih perianalnih verukoznih papula i učinjen je analni PAPA test. Dijagnosticirana je analna skvamozna intraepitelna lezija niskog stupnja (LSIL/AIN1) te je u terapiju uvedena 20% tinktura podofilina. Na kontrolnom pregledu zamijećeno je poboljšanje uz nekoliko sitnih papula perianalno, a KS je i dalje u remisiji.

**ZAKLJUČAK:** Iako Kaposijev sarkom nije učestalo oboljenje, kod mladih, spolno aktivnih pojedinaca u dijagnostičkoj obradi potrebno je uzeti u obzir mogućnost postojanja HIV infekcije te prilikom pojave kožnih promjena diferencijalno dijagnostički posumnjati i na Kaposijev sarkom kako bi se pravodobno započelo s liječenjem i povećala mogućnost preživljenja.

**KLJUČNE RIJEČI:** biopsija, kaposijev sarkom, HIV, HPV, HHV8

## Eozinofilni ezofagitis; prikaz slučaja

Morić N.<sup>1</sup>, Omerović A.<sup>2</sup>, Tondini S.<sup>1</sup>, Čop K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Zavod za fiziologiju, imunologiju i patofiziologiju, Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

nikolinamorich@gmail.com

**UVOD:** Eozinofilni ezofagitis (EoE) je kronična, imunološki posredovana progresivna bolest jednjaka, obilježena eozinofilnom infiltracijom i kliničkim simptomima disfunkcije jednjaka. Procjenjuje se da je prevalencija EoE 10-50/100.000 stanovnika u općoj populaciji uz napomenu da je incidencija u neprekidnom porastu. Cilj ovog rada je prikazati pacijenta s EoE i podići svijest o ranom prepoznavanju bolesti.

**PRIKAZ SLUČAJA:** Tridesetpetogodišnji pacijent upućen je na hitni trakt zbog impakcije hrane u jednjaku. Navodi da nakon današnjeg objeda osjeća zaostali zalogaj hrane substernalno, centralno te da prilikom konzumacije tekuće i krute hrane osjeća nagon na povraćanje. Ranije je u dva navrata imao iste tegobe te je učinjena ezofagogastroduodenoskopija (EGDS) 2012. te 2019. godine, nakon čega je verificiran GERB i erozivni gastritis. Po prijemu, pacijent je bio dobrog općeg stanja, eupnoičan, kardiocirkulatorno kompenziran, urednih funkcija i navika. Neupadne obiteljske anamneze, negirao je alergije na lijekove, kašalj, dispneju i bolove u prsištu. Laboratorijski nalazi ukazivali su na blagu leukocitozu [Lkc  $11.4 \times 10^9/L$ ; referentna vrijednost  $3.4-9.7 \times 10^9/L$ ]. Indicirana je hitna EGDS kojom je uklonjen dio impaktiranog sadržaja. Sljedećeg dana, po opservaciji, ponovo je učinjena EGDS te je potpuno uklonjen raniji bolus hrane, uz nalaz distalno hiperemične sluznice s plitkim erozijama i površinskom laceracijom duljine 1cm. Nalaz traheizacije jednjaka uz uzdužne pruge pobudila je sumnju na eozinofilni ezofagitis. Pacijent je otpušten kući uz preporuke i ponovnu kontrolnu EGDS uz biopsiju jednjaka. Na kontrolnoj EGDS uočeni su tipični znakovi EoE; uzdužne brazde, učinjena je biopsija te je nalazom  $>30$  eozinofila u epitelu potvrđena dijagnoza EoE. Po postavljanju dijagnoze, pacijent je započeo terapiju budesonidom  $2 \times 0,5\text{mg}$  i pantoprazolom 40mg te je postignuta remisija bolesti.

**ZAKLJUČAK:** EoE je kronično stanje koje značajno utječe na kvalitetu života pacijenata te predstavlja izazov u liječenju, zbog nesklada simptoma i patohistološkog nalaza te nedostatka neinvazivnih biomarkera aktivnosti bolesti. Rano dijagnosticiranje bolesti važno je kako bi se pravovremeno započelo s liječenjem te smanjio rizik strikture jednjaka i impakcije hrane uslijed remodeliranja i fibroze. Unatoč značajnom napretku u dijagnosticiranju i liječenju bolesti, potrebna su daljnja istraživanja u ovom području kako bi se razvili novi terapijski pristupi i bolest uvela u dugotrajnu remisiju.

**KLJUČNE RIJEČI:** biopsija, eozinofilni ezofagitis, ezofagogastroduodenoskopija, impakcija, jednjak

## Maligni *blue naevus* kao (neotrkiveno) primarno sijelo recidivirajućih metastaza melanoma?; prikaz slučaja

Vučković T.<sup>1</sup>, Belušić M.<sup>2</sup>, Zamolo G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

tin.vuckovic@student.uniri.hr

**CILJ:** predstaviti slučaj potencijalnog malignog alteriranja *blue naevus* lezije i skrenuti pozornost na važnost istraživanja ove lezije koja, ako se propusti pravilna dijagnostika i terapija, može ostaviti po život opasne posljedice

**PRIKAZ SLUČAJA:** tridesetšestogodišnji muškarac javlja se u ambulantu Klinike za maksilofacijalnu kirurgiju KBC Rijeka, radi naglo nastale, bezbolne otekline u preaurikularnoj regiji desno, veličine 3x2 cm. Pri pregledu postavljena je sumnja na tumorsku masu u desnoj parotidnoj žlijezdi radi čega je indicirana citopunkcijska dijagnostika, koja je pokazala kako se radi o metastazi melanoma. Indicirana je, a zatim i učinjena superficijalna parotidektomija zahvaćene žlijezde, uz uredan postoperativan tijek. Patohistološka analiza odstranjene žlijezde potvrdila je dijagnozu metastaze melanoma. Započelo je traganje za primarnim sijelom melanoma, koje nikada nije pronađeno. Iz anamneze se doznalo kako je pacijent ranije iste godine u privatnoj zdravstvenoj ustanovi bio podvrgnut kirurškom zahvatu ekscizije madeža na desnoj strani lica temporalno. Nalaz patohistološke dijagnostike ekscidiranog madeža pokazao je da se radi o benignoj *blue naevus* leziji. U narednim godinama pacijent je na redovnim kontrolama, pregledima i pretragama raznih specijalista i multidisciplinarnih onkoloških timova. Pacijent je u navedenom razdoblju dobivao učestale metastaze melanoma po cijelom organizmu, radi čega je podvrgnut više od 20 operativnih zahvata. Posljednji nalazi pokazuju kako su kod pacijenta pronađene dvije metastaze melanoma u mozgu.

**ZAKLJUČCI:** Iako je *blue naevus* lezija česta eflorescencija te čije je liječenje u većini slučajeva bezazleno, nove spoznaje upućuju na potencijal za malignim alteriranjem ove lezije, temeljem sve većeg i češćeg broja opisanih slučajeva. Potrebno je produbiti istraživanja o ovoj potencijalno opasnoj leziji, sve dok se ne utvrdi kada, na koji način i može li uopće *blue naevus* maligno alterirati, čime će se dijagnostika i liječenje moći reevaluirati i preciznije izvoditi, što će imati izniman utjecaj na doživljenje i kvalitetu života pacijenata.

**KLJUČNE RIJEČI:** *blue naevus*; maligna alteracija; benigna lezija; recidivirajuće metastaze; melanom



## Kardiorenalni sindrom; pregledni rad

Hršak L.<sup>1</sup>, Karaman L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska  
leonardo.hrsak@student.uniri.hr

**SAŽETAK:** Kardiorenalni sindrom (KRS) je složeni patofiziološki poremećaj srca i bubrega u kojem akutna ili kronična disfunkcija jednog organa može dovesti do akutne ili kronične disfunkcije drugog organa. Zbog složene uloge srca i bubrega, te njihovih interakcija razlikujemo 5 podtipova. TIP 1 – Akutni

kardiorenalni sindrom (AKRS) - akutno pogoršanje srčane funkcije koje dovodi do disfunkcije bubrega. TIP 2 – Kronični kardiorenalni sindrom - kronična abnormalnost srčane funkcije koja dovodi do progresivne kronične bubrežne bolesti. TIP 3 – Akutni renokardijalni sindrom (ARKS) – naglo pogoršanje bubrežne funkcije dovodi do akutnih poremećaja srčane funkcije (npr. zatajenje srca, aritmije, plućni edem). TIP 4 – Kronični renokardijalni sindrom (KRKS) - kronična bubrežna bolest (npr. kronični glomerulonefritis) koja pridonosi smanjenju srčane funkcije, hipertrofiji klijetki i/ili povećava ukupni kardiovaskularni rizik. TIP 5 – Sekundarni kardiorenalni sindrom - sustavni poremećaj (npr. šećerna bolest, sepsa) koji dovodi do disfunkcije oba organa. Složeni patofiziološki mehanizmi tek su djelomice poznati, a aktivacija renin-angiotenzin-aldosteronskog sustava, endotelna disfunkcija, aktivacija simpatičkog živčanog sustava i upala temeljne su značajke razvoja ovog sindroma. Zbog neuključenosti bolesnika koji boluju od KRS, smjernice za njegovo liječenje gotovo da i ne postoje samim time KRS predstavlja ogroman terapijski izazov i najčešće se liječenje bazira na empirijskom pristupu. Primjena inhibitora angiotenzin konvertaze (ACE-i) i blokatora angiotenzinskih receptora smanjuje smrtnost, poboljšava opće stanje i podnošenje napora, te se njihova primjena preporučava u liječenju akutnog i kroničnog KRS-a te kroničnog RKS-a. Zbog poremećaja funkcije bubrega retencija soli i tekućine se mora liječiti intenzivnom diuretskom terapijom. Naglasak je na sve većoj učestalosti kronične bubrežne bolesti, što kardiorenalni sindrom čine učestalom pojavom, i što ranijim istraživanjima kako bi se mogle odrediti smjernice i na pravilan način pristupiti i liječiti bolesnike s ovim sindromom.

**KLJUČNE RIJEČI:** inhibitori angiotenzin konvertaze, kardiorenalni sindrom, kronična bubrežna bolest, renokardijalni sindrom, zatajivanje srca



## Neoperativni pristup liječenju apendicitisa u pedijatrijskoj populaciji; pregledni rad

Karaman L.<sup>1</sup>, Hršak L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska  
lucija.karaman@student.uniri.hr

**SAŽETAK:** Akutni apendicitis danas je najčešće akutno stanje u djece koje zahtijeva hitan kirurški zahvat i važan je uzrok dječjeg morbiditeta. Može se pojaviti u rasponu od nekompliciranog do kompliciranog s komplikacijama koje uključuju apsces i flegmonu pa sve do perforiranog. Najčešći pristup liječenju akutnog apendicitisa uključuje hitnu apendektomiju, koja se najčešće radi laparaskopski tj. minimalno invazivnom tehnikom i niskim kirurškim i anestetičkim rizikom. Iako "niskog" rizika, komplikacije apendektomije i dalje uključuju infekciju kirurškog mjesta, incizijske kile, krvarenje, ozljeda organa, bol i rizike povezane s općom anestezijom. Uvođenje neoperativnog pristupa liječenju apendicitisa izbrisalo bi te komplikacije. Antibiotici su glavno terapijsko rješenje u tom pristupu liječenja. Kroz više studija, dokazana je sigurnost i učinkovitost ovog pristupa, te značajno smanjenje troškova i vremena invaliditeta bez povećanja morbiditeta. No, tijekom odabira pacijenta za neoperativno liječenje, bitno je odrediti određene kriterije poput ograničenog trajanja simptoma i slikovnu potvrdu nekompliciranog apendicitisa bez apendikolita. Također, tijekom odluke o strategiji liječenja, bitno je educirati pacijenta i obitelji. Liječenje ranog akutnog nekompliciranog apendicitisa, stoga bi predstavljalo promjenu s tradicionalnog liječenja isključivo apendektomijom na liječenje isključivo neoperativnim pristupom. Kad je riječ o liječenju akutnog kompliciranog apendicitisa, ono ostaje otvoreno za istraživanje u daljnjim studijama. Mogućnosti liječenja uključuju neposrednu apendektomiju, neoperativno liječenje s drenažom apscesa i intervalnu apendektomiju. Trenutačni podaci podržavaju početno neoperativno liječenje uključujući antibiotike i drenažu intraabdominalnog apscesa po potrebi. Većina kirurga preporučuje intervalnu apendektomiju nakon epizode kompliciranog apendicitisa koji se liječio neoperativno, iako se o tome trenutno raspravlja. Kod liječenja antibioticima, trebalo bi uzeti u obzir veću incidenciju nastanka antibiotske rezistencije mikroorganizama. Također, potrebno je više studija u kojima će se pratiti incidencija rekurentnog apendicitisa nakon liječenja neoperativnim pristupom. Neoperativno liječenje apendicitisa u odabраних pacijenata s nekompliciranom bolešću potkrijepljeno je kvalitetnim podacima koji pokazuju smanjen broj komplikacija, manje dana invaliditeta pacijenta i manje izostanaka iz vrtića i škole.

**KLJUČNE RIJEČI:** antibiotici, apendektomija, apendicitis, apsces, laparaskopija

## Srčana sarkoidoza kao uzrok AV bloka 3. stupnja; prikaz slučaja

Bzik B.<sup>1</sup>, Kelčec L.<sup>2</sup>, Prica V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

<sup>3</sup>Zavod za pulmologiju, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

barbara.bzik@gmail.com

**UVOD:** Po nekim studijama čak 19 % novonastalih AV blokova u osoba mlađih od 55 godina uzrokovano je sarkoidozom srca. Do poremećaja u provođenju impulsa dolazi zbog stvaranja granuloma u području interventrikularnog septuma, zahvaćanja samog AV čvora ili nodalne arterije koja opskrbljuje čvor. U nastavku je prikazan slučaj 43-godišnjeg bolesnika s dijagnozom AV bloka 3. stupnja uzrokovanog kardijalnom sarkoidozom, često nedovoljno prepoznatog entiteta u kliničkoj praksi.

**PRIKAZ SLUČAJA:** : U Objedinjeni hitni bolnički prijem javio se 43-godišnji bolesnik zbog simptoma vrtoglavice, omaglice i opće slabosti koji su trajali unatrag dva dana. EKG zapisom utvrđen je AV-blok 3. stupnja zbog čega se bolesniku isti dan ugradio DDDR elektrostimulator srca. Nakon godinu i pol dana, pacijent se javio u pulmološku ambulantu zbog suhog kašlja koji je trajao unatrag dva mjeseca. Učinjenim RTG-om i CT-om torakalnih organa prikazana su intersticijska zasjenjenja dominantno u gornjim i srednjim plućnim poljima uz bilateralno uvećane limfne čvorove. Citološkom analizom aspirata bronha dobivenog bronhoskopijom te patohistološkom analizom bioptata dokazana je granulomatozna upala bez nekroze temeljem čega je postavljena dijagnoza plućne sarkoidoze. Po konzervativnom liječenju kortikosteroidima, u trajanju od 6 mjeseci, došlo je do regresije simptoma nakon čega je terapija ukinuta. Zbog prethodne pojave AV bloka 3. stupnja, postavljena je sumnja na sarkoidozu srca. Ehokardiografijom prikazana je diskinezija septuma i hiperehogeni areal u bazalnom dijelu inferolateralne stijenke čime je potvrđena sarkoidoza srca kao ekstrapulmonalna manifestacija bolesti.

**ZAKLJUČAK:** AV blok 3. stupnja hitno je kardiološko stanje vrlo različite etiologije. U diferencijalnoj dijagnozi AV bloka 3. stupnja kod mlađih pacijenata treba razmišljati i o kardijalnoj sarkoidozu. Bolesnici sa simptomatskom kardijalnom sarkoidozom i istodobnom zahvaćenošću pluća čine približno 5 % svih slučajeva sarkoidoze i imaju lošije preživljenje od ostalih bolesnika s ekstrakardijalnom sarkoidozom.

**KLJUČNE RIJEČI:** AV blok, biopsija pluća, ehokardiografija, kardijalna sarkoidoza, kortikosteroidi

## Akutna intoksikacija heroinom i etilnim alkoholom; prikaz slučaja

Tomašić L.<sup>1</sup>, Benvin A.<sup>2</sup>, Otočan M.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar Rijeka, Objedinjeni hitni bolnički prijam, Rijeka, Hrvatska

tomasiclara6@gmail.com

**UVOD:** Heroin pripada skupini opioida, sintetizira se iz morfija te stvara veliki rizik od razvoja ovisnosti. Cilj ovog rada je prikazati dijagnostički i terapijski algoritam u pacijenta sa sumnjom na akutnu intoksikaciju opojnim sredstvima.

**PRIKAZ SLUČAJA:** Na objedinjeni hitni bolnički prijam zaprimljen je 41-godišnji pacijent u besvjesnom stanju pronađen od strane slučajnog prolaznika na cesti. Prilikom trijaže bio je urednih vitalnih parametara (arterijski tlak 130/100 mmHg, puls 80/min, saturacija kisikom 95% te frekvencija disanja 12/min). Dišni put osiguran je postavljanjem orofaringealnog tubusa uz aplikaciju maske sa spremnikom za kisik u protoku od 15 L/min. Otvorio se venski put, uzorkovao se acidobazni status iz arterijske krvi te je postavljen urinski kateter. Napravljen je test probira na droge u urinu koji je bio negativan. Pri fizikalnom pregledu uočene su punktiformne zjenice tromijih reakcija na svjetlost te tragovi uboda igle u lijevoj kubitalnoj jami. Ordiniran je nalokson u dozi od 0,4 mg intravenski te potom još 0,8 mg u 500 ml fiziološke otopine. Po primljenoj terapiji, pacijent se probudio te je naveo intravensku konzumaciju heroina i konzumaciju alkohola. Ponovljen je test probira na droge u urinu koji je pristigao pozitivan na heroin, a toksikološki nalazi krvi potvrdili su koncentraciju etilnog alkohola od 1,8 g/L. Pacijent je premješten u Jedinicu intenzivnog liječenja gdje je do bio jutra bio u adekvatnom kontaktu te urednih vitalnih parametara. Dogovorno je premješten na Zavod za urgentnu psihijatriju zbog nastavka liječenja.

**ZAKLJUČAK:** Predoziranje opioidima je po život opasno stanje poglavito u kombinaciji s etilnim alkoholom te je potrebno u što kraćem roku započeti s odgovarajućim terapijskim mjerama, odnosno primjenom naloksona. Iako je u ovom slučaju prvi test probira na droge u urinu bio negativan, bilo je opravdano započeti s primjenom antidota zbog visoke sumnje temeljem kliničke slike i fizikalnog statusa.

**KLJUČNE RIJEČI:** etilni alkohol; heroin; nalokson; opioidi; predoziranje

## Multipli primarni maligni tumori štitnjače; prikaz slučaja

Bzik M.<sup>1</sup>, Rajković Molek K.<sup>2</sup>, Avirović M.<sup>3</sup>, Divošević S.<sup>4</sup>, Neva G.<sup>5</sup>, Bogović Crnčić T.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Klinički zavod za patologiju i citologiju Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka, Hrvatska

<sup>3</sup>Zavod za patologiju i patološku anatomiju, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

<sup>4</sup>Poliklinički odjel za nuklearnu medicinu, PET/CT centar, Poliklinika Medikol, Zagreb, Hrvatska

<sup>5</sup>Katedra za nuklearnu medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

[martina.bzik@gmail.com](mailto:martina.bzik@gmail.com)

**UVOD:** Višestruki primarni maligni tumori definiraju se kao dvije ili više nepovezane primarne neoplazme koje se javljaju istovremeno ili jedna za drugom. Iako je prevalencija multiplih primarnih malignih tumora najveća u dojci, debelom crijevu i prostati, u radu je predstavljen rijedak slučaj multiplih sinkronih primarnih malignih tumora štitnjače.

**PRIKAZ SLUČAJA:** Šezdesetjednogodišnja pacijentica upućena je na snimanje pozitronskom emisijskom tomografijom/kompjutoriziranom tomografijom (PET/CT) radiofarmakom 18F-fluorodeoksiglukozom (18F - FDG) zbog procjene proširenosti primarne bolesti, zloćudnog melanoma noge. Na snimkama je uočena patološka akumulacija 18F-FDG u čvoru donjeg pola desnog režnja štitnjače, a preostali je nalaz bio u potpunosti uredan. Kompjutoriziranom tomografijom je u lijevom režnju bio vidljiv hipodenzni nodus, ali bez akumulacije radiofarmaka. Pacijentica je potom upućena u Klinički zavod za Nuklearnu medicinu na daljnju obradu štitnjače. Učinjena je citološka punkcija oba čvora pod kontrolom ultrazvuka te je postavljena sumnja na medularni karcinom u lijevom, a papilarni u desnom režnju štitnjače, zbog čega je indicirana totalna tireoidektomija. Definitivnom patohistološkom analizom potvrđene su dijagnoze obje maligne bolesti te je liječenje nastavljeno primjenom radioaktivnog joda-131. Pacijentici je potom uvedena supstitucijsko-supresijska terapija levotiroksinom.

**ZAKLJUČAK:** S obzirom na relativno visoku učestalost čvorova u štitnjači, ovim prikazom slučaja nastoji se istaknuti važnost promišljanja mogućnosti postojanja višestrukih primarnih malignih tumora, iako se radi o relativno rijetkom kliničkom entitetu. U obradi takvih pacijenata ključan je multidisciplinarni pristup.

**KLJUČNE RIJEČI:** medularni karcinom, papilarni karcinom, sinkrone multiple primarne neoplazme, PET/CT

## Hemoragični šok: komplikacija biopsije prostate; prikaz slučaja

Morić N.<sup>1</sup>, Omerović A.<sup>2</sup>, Tondini S.<sup>1</sup>, Čop K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Rijeka, Hrvatska

<sup>2</sup>Zavod za fiziologiju, imunologiju i patofiziologiju, Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska  
nikolinamorich@gmail.com

**UVOD:** Rektalno krvarenje čest je nalaz u bolesnika nakon transrektalne ultrazvučne (TRUS) biopsije prostate, može se javiti u rasponu od 0%-37% slučajeva, no ono je obično blago i spontano prestaje. Ozbiljno krvarenje, koje pogađa do 1 % pacijenata koji se podvrgavaju TRUS, nije uobičajeno i može biti životno ugrožavajuće. Cilj ovog rada je prikazati pacijenta kod kojeg se po učinjenoj TRUS razvio hemoragijski šok koji je uzrokovao akutni infarkt miokarda te potom i akutizaciju srčanog zatajivanja.

**PRIKAZ SLUČAJA:** Šezdesetpetogodišnji pacijent upućen je na Zavod za Urologiju radi sumnje na novotvorinu prostate. Radi se o bolesniku sa kroničnim terminalnim zatajivanjem srca i ishemijskom bolesti srca. Drugog dana od učinjene TRUS, pacijent se javio na Zavod za Urologiju radi obilnog krvarenja koje nije prestajalo spontano. Prilikom prijema pacijent je bio dispnoičan u mirovanju, hipotenzivan (RR 90/60mmHg), nad plućima su se auskultirali kasnoinspirativni hropci, akcija srca bila je ritmična uz sistolički šum nad cijelim prekordijem jačine 3/6 te su bili vidljivi znaci ascitesa. U laboratorijskim nalazima bile su snižene vrijednosti eritrocita [E  $3.49 \times 10^{12}/L$ ; referentna vrijednost:  $4,34-5,72 \times 10^{12}/L$ ], hemoglobina [Hgb 100g/L; referentna vrijednost: 138–175g/L] i hematokrita [Htc 0,318L/L; referentna vrijednost: 0,356-0,470L/L] te povišene vrijednosti troponina T [TnT 5262ng/L; referentna vrijednost <14ng/L] i natriuretskog peptida [NTproBNP >70000ng/L; referentna vrijednost za muškarce 65-75godina <879ng/L], a elektrokardiogram je ukazivao na postojanje inferiornog infarkta miokarda (IM) uslijed teške hemoragijske anemije. Tokom hospitalizacije primjećen je otok nogu i porast opsega abdomena, a bolesnik se žalio i na dispneju. Uslijed akutne posthemoragijske anemije došlo je do dekompenzacije uznapređovalog zatajivanja srca. Na ordiniranu terapiju uz diuretik inicijalno parenteralno, parenteralnu hidraciju došlo je do povlačenja subjektivnih smetnji te simptoma i znakova kongestije. Šestog dana hospitalizacije pacijent je samovoljno otpušten kući uz preporuke daljnje terapije (adekvatna hidracija 1,5L/dan uz praćenje diureze, pantoprazol 40mg, bisoprolol 1,25mg, dapagliflozin 10mg, furosemid 2x250mg uz kalij citrat 1eff., acetilsalicilna kiselina 100mg, atrovastatin 40mg, zolpidem 10mg).

**ZAKLJUČAK:** Obilno krvarenje nakon TRUS je rijetka ali ozbiljna komplikacija koja može biti životno ugrožavajuća, pogotovo ako se pojavi nakon otpusta iz bolnice. Veoma je važno informirati pacijente o mogućem kasnom nastupu rektalnog krvarenja kako bi se pravodobnim reagiranjem i zbrinjavanjem izbjegao smrtni ishod.

**KLJUČNE RIJEČI:** biopsija, hemoragični šok, infarkt miokarda, krvarenje, srčano zatajivanje

## Zahvale

Za pomoć i suradnju u organizaciji 11. MedRi znanstvenog PIKNIK-a 2021. zahvaljujemo sljedećim sponzorima i partnerskim institucijama:

- SZSUR
- Igamma d.o.o.
- MOEL
- Grad Rijeka
- ZIT d.o.o.
- OIP d.o.o.
- Adria Lab
- YEYA
- STOP Caffe bar & club
- Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
- Specijalna bolnica Sv. Katarina
- Sophy d.o.o.
- NetVision d.o.o.
- JGL muzej farmacije
- OMEX
- Bačva Pub



usluge printanja  
&  
fotokopirnica



SOPHY  
ZAŠTITNA OPREMA

