

Przydatność prokalcytoniny w reumatologii

Bartosz Korczowski

Szanowna Redakcjo!

Z zainteresowaniem przeczytałem artykuł przeglądowy Maciejewskiej-Stelmach i wsp., dotyczący przydatności prokalcytoniny (PCT) w zapalnych chorobach tkanki łącznej [1]. Istotną przydatnością PCT w reumatologii są jej właściwości, odmienne od innych biomarkerów ostrej fazy. W przeciwieństwie do najczęściej stosowanych w praktyce parametrów – biomarkera C-reaktywnego oraz odczynu opadania krwinek czerwonych, stężenie PCT nie wzrasta istotnie w chorobach autoimmunizacyjnych. Jest to cecha szczególnie przydatna w diagnostyce różnicowej stanów chorobowych, których przebieg kliniczny przypomina ogólnoustrojowe zakażenie bakteryjne. Przekonującym przykładem praktycznego zastosowania PCT w reumatologii jest diagnostyka różnicowa między idiopatycznym zapaleniem stawów o ogólnoustrojowym początkiem. Obraz kliniczny pacjentów z tą postacią zapalenia stawów przypomina posocznicę i jest częstym powodem do uogólnionej, nieskutecznej antybiotykoterapii. Niskie stężenie PCT w tej postaci choroby pozwala wykluczyć posocznicę. Właściwości PCT stwarzają możliwość zastosowania testu prokalcytoninowego w różnicowaniu przyczyn ogólnoustrojowej reakcji zapalnej, jak również w diagnostyce zakażeń w przebiegu chorób autoimmunizacyjnych.

Do artykułu Maciejewskiej-Stelmach i wsp. [1] wkłada się jednak pewną niecisłość, dotyczącą wzrostu stężenia PCT u pacjentów z ciżkami zakażeniami grzybiczymi. Gerard i wsp. [2] w 1995 r. opisali przypadek 4-letniej dziewczynki po przeszczepie w trybie, u której w trakcie funginemii, wywołanej przez *Candida albicans*, stężenie PCT jednorazowo osiągnęło wysoką wartość. W kolejnych doniesieniach, jak również w licznych artykułach przeglądowych i monografiach dotyczących PCT, cytowano tę pracę, upowszechniając pogląd, że zakażenia grzybicze powodują wzrost stężenia PCT [3]. Wydaje się jednak, że nie jest to prawda. Późniejsze doniesienia, oparte na większej liczbie przypadków wskazują, że stan zapalny wywołany uogólnionym zakażeniem grzybiczym nie powoduje wyraźnego wzrostu stężenia PCT [4–7]. Jest to ważna i praktyczna informacja, gdyż u pacjentów z zapalnymi chorobami tkanki łącznej, zwłaszcza w trakcie leczenia immunosupresyjnego, istnieje zwiększone ryzyko zakażeń grzybiczych i mylna interpretacja niskiego stężenia PCT może utrudnić ustalenie właściwego rozpoznania.

Piśmiennictwo

1. Maciejewska-Stelmach J, Liwska-Stańczyk P, Czeki JK. Znaczenie prokalcytoniny w zapalnych chorobach tkanki łącznej. *Reumatologia* 2007; 45: 40-45.
2. Gerard Y, Hober D, Petitjean S, et al. High serum procalcitonin level in a 4-year-old liver transplant recipient with a disseminated candidiasis. *Infection* 1995; 23: 310-311.
3. Meisner M. Procalcitonin (PCT) – a new, innovative infection parameter. BRAHMS -Diagnostica GmbH; Berlin 1996.
4. Huber W, Schweigart U, Bottermann P. Failure of PCT to indicate severe fungal infection in two immunodeficient patients. *Infection* 1997; 25: 377-378.
5. Christofilopoulou S, Charvalos E, Petrikos G. Could procalcitonin be a predictive biological marker in systemic fungal infections? Study of 14 cases. *Eur J Intern Med* 2002; 13: 493-495.
6. Fleischhack G, Kambeck I, Cipic D, et al. Procalcitonin in paediatric cancer patients: its diagnostic relevance is superior to that of C-reactive protein, interleukin 6, interleukin 8, soluble interleukin 2 receptor and soluble tumour necrosis factor receptor II. *Br J Haematol* 2000; 111: 1093-1102.
7. Charles PE, Dalle F, Aho S, et al. Serum procalcitonin measurement contribution to the early diagnosis of candidemia in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2006; 32: 1577-1583.

Adres do korespondencji:

dr hab. med. Bartosz Korczowski, Kliniczny Oddział Pediatrii, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, ul. Lwowska 60, 35-301 Rzeszów, e-mail: korczowski@op.pl

List wpłynął: 13.04.2007 r.