

Kazuistika 1

Osmaosmdesátiletá žena byla přivezena rychlou záchrannou službou na nízkoprahový příjem pro febrilie přes 38 °C a celkovou slabost. Udává 5 dní trvající bolesti v oblasti úponů kývačů hlavy s vystřelováním do týlní oblasti. Bolesti se postupně zesilují s následnou iradiací do pažních pletenců. Dysurie, průjmy, kašel, dušnost, zarudnutí v oblasti kůže na cílený dotaz neguje. Při fyzikálním vyšetření dominuje palpační bolest kolem kývačů a dále kolem trnovitých výběžků krční páteře s maximem okolo *vertebra prominens*. Poslechově jsou při bázi plic slyšitelné inspirační přízvučné chrůpky, dále je přítomna palpační bolestivost břicha v oblasti pravého hypochondria.

Laboratorně zjištěna leukocytóza ($16 \cdot 10^9/l$), CRP 322 mg/l, mírná elevace prakticky všech jaterních enzymů a renálních parametrů (močovina a kreatinin).

Byl doplněn RTG plic se zhrubělou kresbou difúzně a pruhovitým zastíněním oboustranně. Dále doplněn i ultrazvuk krku, kde paravertebrálně vlevo pruhovitý hyperechogenní útvar (3×1 cm) zasahující mediálně a prevertebrálně, vpravo popsán obdobný nálezhypoechogenního ložiska. Ultrazvuk břicha ukázal zesílenou stěnu žlučníku charakteru chronické cholecystitidy.

Vzhledem k věku, multimorbiditě, většímu množství potencionálně infekčních fokusů a celkově nejasnosti nálezu byla pacientka přijata k hospitalizaci na interní oddělení. Byl odebrán mikrobiologický screening (stěry z krku, nosu, kultivace moč, hemokultury). Následovalo okamžité zahájení empirické antibiotické terapie oxacilinem – jako nejpravděpodobnější zdroj infektu suspektně abscesová ložiska v oblasti krku. Další den byla doplněna magnetická rezonance krční páteře, kde byla potvrzena spondylodiscitida s epidurálními a prevertebrálními abscesy v terénu již primárně úzkého spinálního kanálu, osteochondrózy a osteoartrózy (Obr. 1). Z hemokultur prokázán methycilin-rezistentní *Staphylococcus aureus*. Byla proto doporučena změna antibiotické terapie na Vankomycin a pro současnou akutní dekompenzaci chronického srdečního selhání s respirační insuficiencí bylo pokračováno v komplexní léčbě na interním oddělení. Léčba byla komplikována další elevací CRP s leukocytózou, mikrobi-

Obr. 1. MR C-páteře, sagitální řez u pacientky se spondylodiscitidou C4–5 a paravertebrálními abscesy; zobrazeny sekvence T2W (T2 weighted, vlevo) a STIR (short tau inversion recovery, vpravo); oblast zájmu označena kroužkem; paravertebrální absces zobrazen šedými šipkami (lépe patrný ve STIR)



logicky však bez záchytu nového patogenu. Na transtorakální i jícnové echokardiografii bez záchytu vegetací. Proto byla po domluvě s antibiotickým centrem terapie upravena na kombinaci linezolid a meropenem. Tato léčba byla s výborným efektem na celkový klinický stav pacientky a laboratorně byl zaznamenán pokles zánětlivých parametrů. Antibiotická intravenózní terapie trvala celkem 4 týdny, poté byla převedena do perorální formy (cotrimoxazol) na 2 týdny. Pacientka byla přeložena na rehabilitační oddělení a následně propuštěna do domácího ošetřování.

Kazuistika 2

Jednasedmdesátiletá polymorbidní žena byla odeslána praktickým lékařem k hospitalizaci pro elevaci zánětlivých parametrů, horečky trvající několik dní a bolesti bederní páteře.

Anamnesticky udává chronické letité potíže s páteří (vertebrogení algický syndrom), nově pak kolísavé bolesti v dolní části (LS) páteře trvající v den přijetí přibližně dva týdny. Cestou praktického lékaře podstoupila aplikaci „obstříku“ postižené oblasti dexamethasonem a následovala mobilizační rehabilitace s částečnou úlevou. Za cca 3 dny od ukončení rehabilitace se bolesti zad objevují znovu, současně s horečkou a nechutenstvím. Pacientka tedy znovu vyhledává praktického lékaře, který doplňuje krevní odběry, kde leukocytóza $18 \cdot 10^9/l$ a elevace CRP 350 mg/l.

Při příjmu k hospitalizaci pacientka pod obrazem sepse transportována na jednotku intenzivní péče. Při fyzikálním vyšetření přítomná výrazná bolestivost v oblastech

bederní páteře s hledáním úlevové polohy, dále palpační citlivost v podbřišku. Po zavedení močového katétru pyurie. Proveden odběr vzorků na kultivaci včetně hemokultur, zahájena terapie cefotaximem pro suspekci na zdroj infekce v oblasti močových cest. V dalším průběhu další nárůst zánětlivých parametrů se změnou antibiotické terapie na meropenem. Kultivačně všechny odebrané vzorky (včetně hemokultur) opakovaně negativní, dle PCR séra záchyt *Escherichia coli*. Pro pokračující bolesti zad a trvající neochotný pokles CRP doplněna magnetická rezonance bederní páteře, kde popsán edém kostní dřeně obratle L3 s přechodem do měkkých tkání paravertebrálně, včetně postižení *musculus psoas major*. Mezi svalem a obratlovým tělem se nacházela abscesová formace rozměrů 10×15 cm.

Do terapie po tomto nálezu a předpokladu podílu G pozitivní flóry přidán vankomycin. Na dvojkombinaci antibiotik byl zaznamenán pokles zánětlivých parametrů, nutná byla i důsledná analgetizace. Pro snahu o ozřejnění etiologie infekce a evakuaci abscesu byla provedena punkce abscesového ložiska pod CT kontrolou. Odebraný vzorek hnisu byl kultivačně negativní, vyšetření PCR zachytilo přítomnost *Enterobacterie*. Tento nálezh vedl k vysazení vankomycinu a ponechání meropenemu v monoterapii celkem 4 týdny.

V dalším průběhu dochází u pacientky ke zlepšení klinického stavu s vysazením oběhové podpory, na kontrolní magnetické rezonanci popisována regrese rozsahu abscesového ložiska. Příznivý vývoj stavu pacientky pak vyústil v převod antibiotik do perorální formy,