

byl zvolen ofloxacin na 2 týdny a překlad na rehabilitační oddělení, kde se stav pacientky dále zlepšoval a byla nakonec propuštěna do ambulantní péče.

Kazuistika 3

Seřmadesátiletá obézní žena byla přijata na interní oddělení pro dechovou nedostatečnost a otoky dolních končetin. Pacientka již byla opakovaně v minulosti hospitalizována pro akutní exacerbaci CHOPN a chronického srdečního selhání. Při odběru anamnézy udává zhoršení dechu a otoků dolních končetin v horizontu 14 dnů. Na cílené dotazy na bolest dále zmiňuje bolesti zad trvající asi měsíc, několik dní před hospitalizací byla neurologicky vyšetřena pro nemožnost extenze pravé dolní končetiny, která spontánně regreduje. Pacientka je polymorbidní, sledována s diabetem mellitem 2. typu, esenciální hypertenzí, chronickým onemocněním ledvin, revmatoidní artritidou a v neposlední řadě vertebrogenním algickým syndromem.

Laboratorně byla zjevná elevace CRP (179 mg/l), bez přítomnosti leukocytózy, zhoršení renálních parametrů, přítomnost středně těžké anémie (hemoglobin 78 g/l). Byl proveden odběr materiálu k mikrobiologickému vyšetření včetně hemokultur s průkazem *Escherichia coli* v moči, ostatní vzorky negativní. Empiricky zahájená antibiotická léčba amoxicilin-klavulanátem byla dle výsledku kultivace ponechána. Mimo antibiotickou terapii byla podávána diuretika, bronchodilatancia a analgetická terapie.

Další průběh byl komplikován respiračním selháním s překladem pacientky na jednotku intenzivní péče s nutností vysokoprůtokové oxygenoterapie (High-Flow Nasal Oxygenotherapy – HFNO). Laboratorně opětovný nárůst zánětlivých parametrů. Následovala změna antibiotické terapie na piperacilin/tazobactam. Na RTG plic se vykreslil obraz levostranné pneumonie. Byly provedeny nové odběry na kultivaci. Ve sputu byla prokázána *Klebsiella pneumoniae*. Konzultováno antibiotické centrum s domluvou na další změně antibiotické terapie na meropenem. Bolesti zad progredovaly s velmi malým efektem analgetik (včetně opiátů).

K ozřejmění jiného možného zdroje infektu při trvající bolesti v hrudní (Th) páteři doplněn RTG hrudníku, kde popsána nově

Tab. 2. Symptomy spondylodiscitidy seřazené podle jejich četnosti výskytu (vytvořeno dle 14, 15)

Symptom	Četnost výskytu	Popis
Bolest zad	Velmi častý (90–100 %)	Nejčastější symptom, obvykle lokalizovaný v oblasti postižené páteře. Může být intenzivní a zhoršovat se při pohybu.
Febrilie (horečka)	Častý (60–90 %)	Horečka je běžná, ale nemusí být vždy přítomná, zejména u imunokompromitovaných pacientů.
Ztráta hmotnosti	Méně častý (30–50 %)	Může být známkou chronického zánětu nebo infekce.
Mírná až těžká neurologická porucha	Méně častý (30–50 %)	Projevuje se bolestí, slabostí nebo znečitlivěním, pokud infekce zasahuje nervové kořeny nebo míchu.
Omezený pohyb páteře	Častý (60–80 %)	Zhoršení pohyblivosti a tuhosti postižené části páteře.
Bolest vyzařující do nohou nebo rukou	Méně častý (20–40 %)	Pokud infekce zasáhne míšní kanál nebo nervy, může vyzařovat do končetin.
Otok nebo zánět v oblasti páteře	Méně častý (20–30 %)	Může být patrný na kůži v okolí páteře v případě abscesů nebo zánětu.
Náhlý záchvat bolesti	Méně častý (10–20 %)	Bývá náhlý a intenzivní, může být známkou akutního zhoršení stavu.
Únava a malátnost	Méně častý (30–50 %)	Obecné symptomy spojené se zánětlivým procesem nebo infekcí.

zjištěná kompresní zlomenina obratle Th5. Následně na CT kompresní zlomeniny Th5 a Th6 (spíše staršího data), jeví se čerstvá zlomenina Th7. Klinicky pak dochází k rozvoji monoparézy pravé dolní končetiny. Je tedy doplněna MR Th páteře, kde je ozřejměna vícečetná spondylitida se zánětlivým epidurálním infiltrátem Th5–Th9. PCR séra odhaluje masivní přítomnost enterokoka a nesignifikantní množství streptokoka (hodnoceno jako kontaminace). Dle výsledků testů citlivosti na ATB prokázanych bakterií byla indikována léčba ampicilinem.

Pro další progresi neurologického deficitu (v rámci 1 týdne) na smíšenou paraparézu i přes zavedenou léčbu proběhla kontrolní MR, kde již mícha vykazuje myelopatické změny v rozsahu spondylitidy. Během 5 dnů proběhla eskalace antibiotické terapie na kombinaci ampicilin + linezolid. Byl konzultován neurochirurg, který doporučil konzervativní postup, jelikož benefit operace nepřevažoval rizika spojená s operací s ohledem na celkový stav a polymorbiditu pacientky.

Pro další progresi neurologického deficitu byla pacientka k další péči přeložena na neurologické oddělení s nastavenou ATB terapií. Po přechodném zlepšení byl pak stav komplikován respiračním selháním při známé diagnóze těžké chronické obstrukční choroby a chronického srdečního selhání – v dalším průběhu i přes řádně vedenou léčbu infektu i všech komorbidit bohužel dochází k dalšímu zhoršení stavu a při vyčerpaných rezervách organismu pak k úmrtí pacientky.

Spondylodiscitida

Spondylodiscitida je infekční (typicky bakteriální) zánět, který postihuje meziobratlové disky a okolní obratle (2, 6). Typicky ji nacházíme u pacientů mezi 50.–60. rokem věku, častější výskyt byl popsán u pacientů s diabetem mellitus 2. typu a hypertenzí oproti pacientům bez těchto komorbidit (8). Může se objevit v jakékoli části páteře, ale nejčastěji se vyskytuje v bederní a krční oblasti. Infekce postihuje meziobratlový disk, který je ve své anatomické struktuře bez cévního zásobení, což ztěžuje vlastní imunitní odpověď organismu na infekci a rezultuje v protražovaném a pozvolným nárůstu zánětu a míry symptomů. Do oblasti páteře se infekce typicky dostává hematogenně, případně šířením z okolních tkání (kosti, kůže, plíce, orgány dutiny břišní). Rizikovými faktory pro vznik infekce jsou zejména jiné přítomné infekce šířící se hematogenně, imunodeficiencie (např. HIV, diabetes, užívání imunosupresiv), přítomnost cizích těles v těle (např. implantáty, katétry) a předchozí chirurgické zákroky na páteři (2, 6, 9).

V průběhu spondylodiscitidy dochází vlivem zánětu a otoku k poškození mezery mezi obratli, k útlaku a případně až destrukci okolních struktur. Toto se klinicky projevuje silnou lokalizovanou bolestí zad v místě postiženého segmentu páteře, bolest pak může být provázena tuhostí a omezením pohyblivosti, při útlaku nervových struktur pak dochází ke vzniku radikulární symptomatologie. Z celkových příznaků bývá přítomna horečka a celková únava (detailněji viz Tab. 2).