

Infekční aneurysma hrudní aorty

Michaela Veselá¹, Pavel Procházka¹, Tomáš Klika², David Ambrož¹, Gabriela Dostálová¹,
Barbora Chocholová¹, Debora Karetová¹, Aleš Linhart¹

¹II. interní klinika kardiologie a angiologie, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta UK, Praha

²II. chirurgická klinika, Všeobecná fakultní nemocnice a 1. lékařská fakulta UK, Praha

Infekční pseudoaneurysma aorty je rychle progredující onemocnění s vysokou mortalitou, pro něž je zásadní časná diagnostika a kombinovaná terapie. Symptomy jsou kombinací příznaků aortálního syndromu s elevací zánětlivých markerů. Základem terapie je několikátýdenní antibiotická terapie (ideálně cílená dle positivity hemokultur) v kombinaci s chirurgickou či endovaskulární terapií dle celkového stavu pacienta. Komplikací je ruptura pseudoaneurysmatu s fatálními následky, která je v závislosti na rychlosti progresu růstu pseudoaneurysmatu značným rizikem.

Klíčová slova: infekční pseudoaneurysma, infekce aorty, hrudní aorta, infekční aortitidy.

Infectious aneurysm of thoracic aorta

Infectious pseudoaneurysm of the aorta is a rapidly progressive disease with high mortality. Therefore, early diagnosis and combination therapy are crucial. The condition is manifested by signs of aortic syndrome and elevated inflammatory markers. The treatment consists of antibiotic therapy (based on blood cultures) in combination with surgical or endovascular approach according to the general condition of the patient. The main complication, depending on the rate of progression, is aortic wall rupture with fatal consequences.

Key words: infectious pseudoaneurysm, aortic infections, thoracic aorta, infectious aortic diseases.

Úvod

Infekční aortitida je z definice „zánětlivé, mikrobiální onemocnění aortální stěny. Infekce vede ke vzniku aortálního vředu, pseudoaneurysmatu nebo aneurysmatu aorty. Fatálním důsledkem infekce může být ruptura aorty“ (1). Přesto, že jejich prevalence je méně než 1 % všech aneurysmat aorty, jejich úmrtnost kolísá mezi 15–50 %. V důsledku rychlejší progresu mají samozřejmě také vyšší riziko ruptury než neinfekční aneurysmata aorty, představují tedy pro naše pacienty reálnou hrozbu (2).

Původci byli dříve zejména *Treponema pallidum* a *Mycobacterium tuberculosis*, v dnešní době jsou však předními původci spíše *Salmonella species* a *Staphylococcus aureus*, méně často pak streptokoky, pneumokoky,

klebsiely a listerie, u imunokompromitovaných pak nesmíme zapomínat na *Candida albicans* a *Aspergillus species*. Infekce se nejčastěji šíří přímo z přilehlých struktur, méně často pak hematogenní diseminací zánětu či septickou embolizací do **vasa vasorum** při infekční endokarditidě (1, 3, 4).

Rizikovými faktory jsou rozsáhlé aterosklerotické pláty, již dříve přítomné neinfekční aneurysma aorty, přítomnost cévní protézy či stentgraftu, iatrogenní poranění, věk nad 50 let, cystická mediální nekróza aortální stěny, dále pak veškeré imunodeficientní stavy. Infekční aortitidy se častěji vyskytují u mužů. Mezi základní rysy klinického stavu se řadí bolesti na hrudi, febrilie a elevace zánětlivých markerů (2, 4).

Diagnostika je založena na klinickém stavu společně s laboratorním nálezem leukocytózy a elevace CRP, zvýšenou sedimentací erytrocytů a pozitivitou hemokultur (bohužel mohou být hemokultury až ve 25 % negativní). Dále se při diagnostice opíráme o zobrazovací metody, kde mezi základní, avšak poměrně nespecifické, patří RTG snímek hrudníku. Dále je při podezření na infekční aortitidu vhodné doplnit CT angiografické vyšetření či ideálně přímo PET CT. V rámci dovyšetření etiologie se doporučuje vyloučit infekční endokarditidu pomocí jícnové echokardiografie (1, 2, 4).

Základem terapie je antibiotická terapie na 6–12 týdnů, samotná ATB terapie nevede ale k plné úzdavě (i při ní je riziko úmrtí vysoké), kombinace s chirurgickou terapií má lepší prognózu, ale i tak je mortalita 20–44 %.