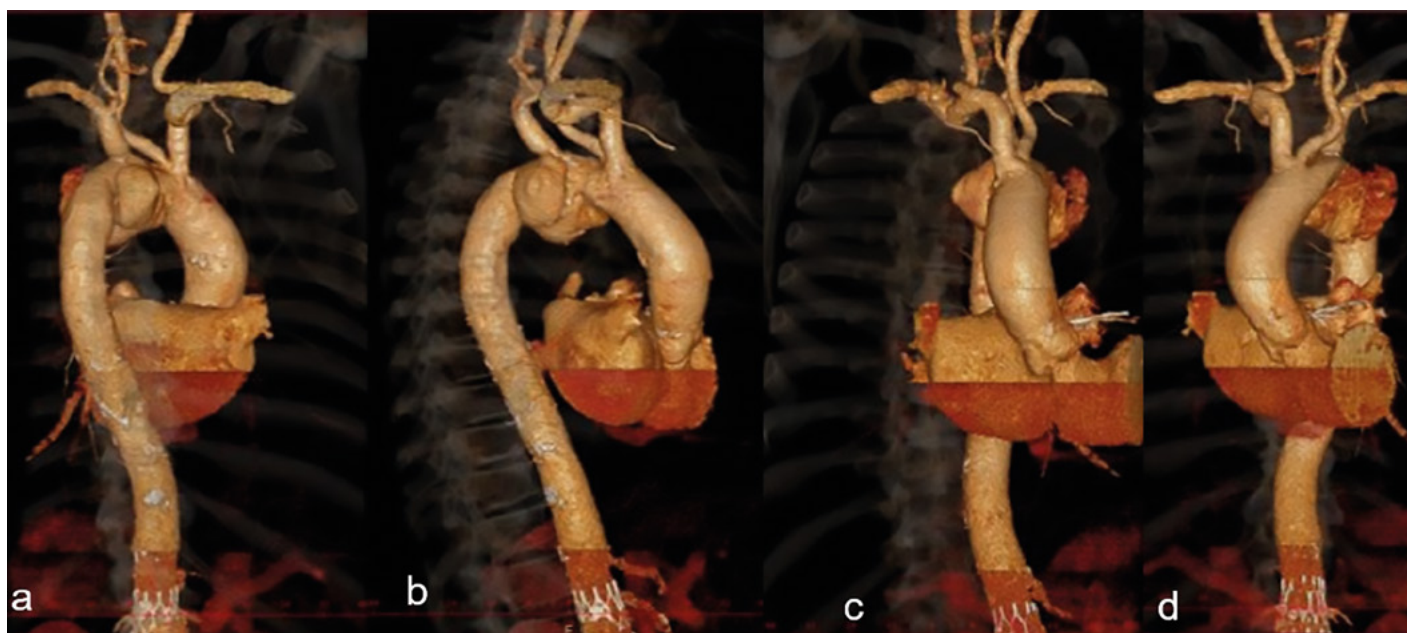


Obř. 2. Rekonstrukce z CT angiografické vyšetření s maximálním rozměrem pseudoaneurysmatu 87 mm

24. 8. došlo k celkovému zhoršení stavu, progresující hypotenzi a anurii. Vzhledem k celkovému stavu pacienta a jeho komorbiditám bylo konsenzuálně rozhodnuto o nerozšiřování péče. Následně nastal 25. 8. v ranních hodinách exitus letalis. Pitva byla indikována, nebyla však z rozhodnutí Ústavu patologie provedena.

Diskuze

Infekční aortitida je onemocnění s potenciálně rychlou progresí, a i z toho plynoucí vysokou mortalitou. Typickými klinickými známkami jsou febrilie a bolest na hrudi či mezi lopatkami. U našeho pacienta chyběly bolesti na hrudi, které byly nejspíše zastřeny dominující bolestí zad při sekvestraci disku L5/S1.

Etiopatogeneticky se nejčastěji jedná o přechod infekce per continuitatem či hematogenní embolizace do **vasa vasorum**. Rizikovými faktory jsou především věk, mužské pohlaví, aterosklerotické postižení aorty a imunosuprese (1, 2, 4). U našeho pacienta došlo pravděpodobně k hematogennímu šíření a jsou dva nejpravděpodobnější zdroje infekce – iatrogenní při analgetickém opichu ramene či z kanylové infekce, konkrétní zdroj však můžeme

jen odhadovat, protože dle leukoscanu bylo v době vyšetření jediné infekční ložisko, a to právě v oblasti pseudoaneurysmatu.

Diagnostika standardně probíhá na základě laboratorních vyšetření (leukocytóza, elevace zánětlivých markerů), které byly vstupně pozitivní i u našeho pacienta. Dále se využívají zobrazovací metody, především CT/CTA a MRI/MRA, dle jejich dostupnosti na konkrétním pracovišti. V našem případě bylo použito CT angiografické vyšetření doplněné později leukoscanem k vyloučení šíření infekce i na implantovaný stentgraft v abdominální aortě. Leukoscan toto možné šíření vyloučil. Jako kontrolní vyšetření po 6 a 10 týdnech od započetí terapie jsme též použili CT angiografické vyšetření, pro jeho snadnou reproduciibilitu, a tudíž možnost lehkého posouzení vývoje nálezu.

Základem terapie je antibiotická terapie, která by měla být cílená dle positivity hemokultur a kulturačního vyšetření, tak tomu bylo i u našeho pacienta. Po antibiotické terapii se dle klinického stavu pacienta volí chirurgický či endovaskulární přístup. V námi prezentované kazuistice bylo o postupu rozhodnuto na základě angiochirurgického semináře, který primárně

pro anatomickou nevhodnost endovaskulárního přístupu doporučil karotiko-subklaviální bypass v první době a náhradu oblouku aorty v druhé době. Výkony byly rozdělené, aby se snížilo riziko komplikací plynoucích z dlouhého náročného výkonu v jedné době. I přes veškerou snahu nastaly pooperační komplikace a celkový stav pacienta byl značně ovlivněn mnohačetnými infekty. Nebylo proto přistoupeno k náhradě oblouku aorty, ale na základě konsenzuálního rozhodnutí jsme vyčkávali na stabilizaci stavu, poté by bylo přistoupeno k endovaskulárnímu řešení. Bohužel se celkový stav pacienta i přes veškerou péči zhoršil a pacient zemřel na multiorgánové selhání při SIRS.

Závěr

Infekční aortitidy patří mezi méně častá onemocnění aorty vyskytující se především u starších pacientů. Měli bychom na ně pomyslet vždy u kombinace příznaků aortálního syndromu a infekce. Základem úspěšné léčby je včasná diagnostika a kombinovaná terapie. Nejlepších výsledků dosahují pacienti léčení chirurgicky, i u nich však dosahuje mortalita až 44 %.

LITERATURA

1. Chochola M, Karetová D, et al. Vaskulární medicína. Maxdorf; 2018.
2. Deipolyi AR, Czaplicki CD, Oklu R. Inflammatory and infectious aortic diseases. Cardiovasc Diagn Ther. 2018;8(Suppl 1):S61-S70. doi:

- 10.21037/cdt.2017.09.03. PMID: 29850419; PMCID: PMC5949581.
3. Altıojry A. Tuberculous Aortic Aneurysm – A Review. Braz J Cardiovasc Surg. 2022;37(3):385-393. doi: 10.21470/1678-9741-2020-0611. PMID: 35605220; PMCID: PMC9162425.

4. Zhang N, Xiong W, Li Y, et al. Imaging features of mycotic aortic aneurysms. Quant Imaging Med Surg. 2021;11(6):2861-2878. doi: 10.21037/qims-20-941. PMID: 34079747; PMCID: PMC8107294.