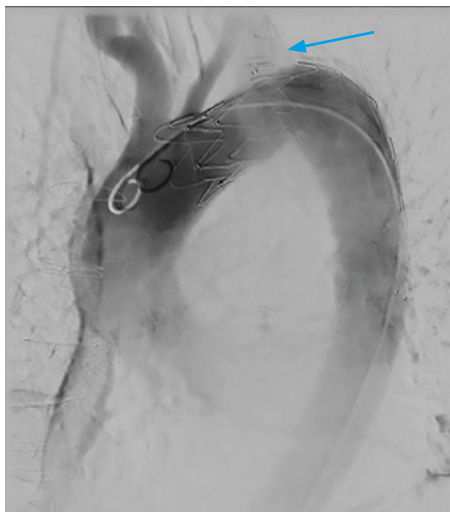


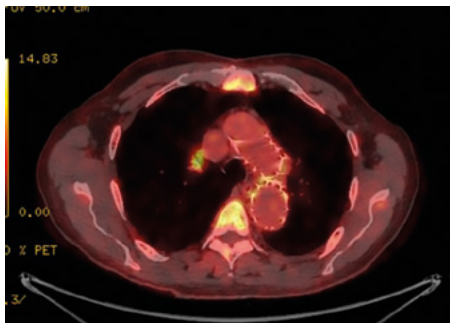
Obr. 6. Nástřík před implantací stentgraftu, perfundovaná část pseudovýdutě – šipka



Obr. 7. Implantovaný stentgraft v hrudní aortě, vyřazení pseudovýdutě, Amplatzova zátka v levé podklíčkové tepně (šipka)



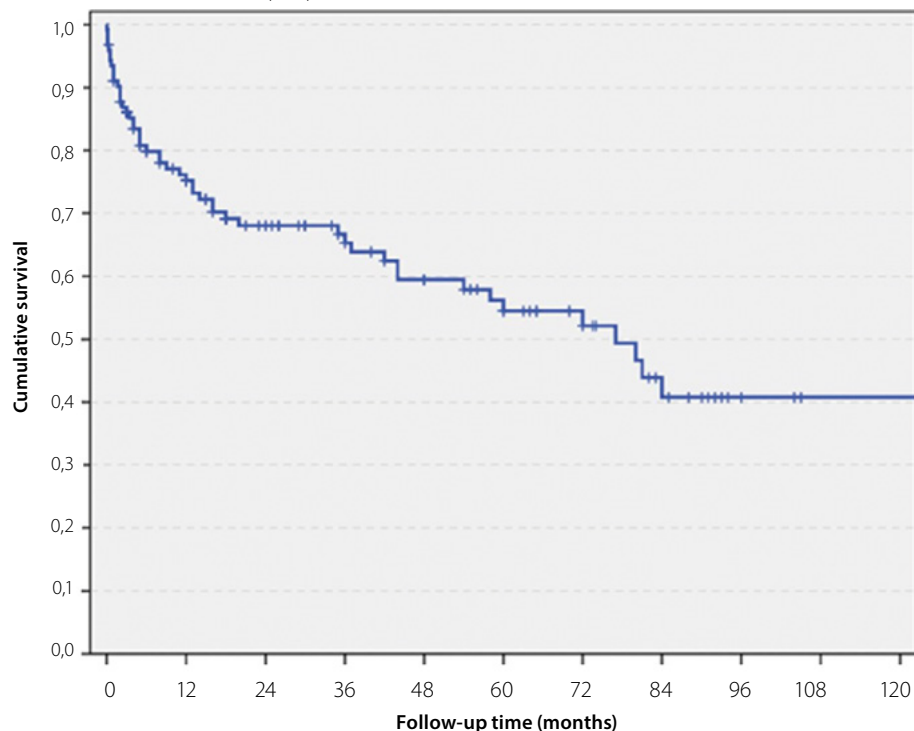
Obr. 8. PET/CT 11 měsíců po implantaci stentgraftu, bez kumulace FDG, regrese velikosti pseudovýdutě



Diskuze

Infekční aortitida je závažné infekční onemocnění s vysokým stupněm mortality, při neléčeném onemocnění dosahujícím 100 % (1). Rizikovými faktory vzniku tohoto onemocnění jsou přítomná infekční endo-

Graf. 1. Kaplan–Meier 10-year survival curve of 123 patients treated for a mycotic aortic aneurysm by means of endovascular technique (převzato z 5)



No. at Risk 123 111 99 87 75 63 51 39 27 17 3

karditida, koarktace aorty, probíhající imunosupresivní onemocnění či traumatické poškození aorty, včetně poškození iatrogenního. Stejně tak přítomná ateroskleróza nebo aneurymatické změny aorty mohou být rizikem infekce aortální stěny. Nejčastějšími patogeny podmiňujícími infekci stěny aorty jsou kmeny *Staphylococcus*, *Streptococcus* či *Enterococcus* (souhrnně 60 % infekcí), dále jsou časté salmonelové aortitidy, mykotické infekce se uplatňují zejména u imunosuprimovaných pacientů. Pojem mykotické aneurysma je vyklenutí cévní stěny způsobené infekcí, neodkazuje však nijak na etiologii poškození. Toto označení bylo poprvé použito Williamem Oslerem v pitvěním nálezu pacienta s mnohočetnými mykotickými aneurysmaty, které byly makroskopicky houbovitého vzhledu (1). U pacientů s infekční aortitidou jsou hemokultury pozitivní u 50–85 % pacientů, z excidované tkáně v případě chirurgické léčby je pozitivní mikrobiologický záchyt kolem 75 % pacientů. CTA (CT angiografie) je hlavní vstupní zobrazovací metodou ve stanovení diagnózy, PET/CT v kombinaci s klinickým obrazem a laboratorními známkami zánětu pak diagnózu potvrzuje (1, 2).

Dle současných doporučení je terapií první volby antibiotická terapie s navazující chirurgickou léčbou s náhradou poškozené aorty allograftem nebo cévní protézou s debridementem tkání poškozených infekcí (1, 2). Chirurgická terapie je však zatížena vysokou morbiditou a mortalitou.

Endovaskulární terapie představuje alternativní terapii pro polymorbidní nemocné s vysokým operačním rizikem. V oblasti abdominální aorty je tato možnost terapie používána již od konce 20. století (1, 2). Nevýhodou je relativně vysoká mortalita v prvním roce od provedené implantace stentgraftu (1) (Graf 1), většina úmrtí je spojena s infekčními komplikacemi (Graf 2). Švédští autoři v roce 2018 prezentovali data pacientů s infekční aortitidou léčených v letech 2000–2016, bylo analyzováno 52 nemocných s touto diagnózou. Chirurgicky byli léčeni pouze 2 nemocní, zbytek endovaskulárně, z toho dále 7 pacientů hybridně. 3měsíční přežití v tomto souboru bylo 92 %, roční však již jen 78 %, ale pětileté 71% (1). Ve světle výše uvedeného se jeví, že intervenční terapie infekční aortitidy je vzhledem k závažnosti diagnózy relativně bezpečnou metodou, pokud pacient pře-