

a bolestivostí, pseudoparalýza končetiny (1, 2, 4). Diagnózu někdy uspiší formující se subkutánní absces (3) (Obr. 2, 3).

V krevních odběrech pozorujeme elevaci markerů zánětu, hemokultivace bývá ale pozitivní jen v 60–70 % (3, 4) (proto je vhodné v případě negativního výsledku krevní odběr opakovat). Naší snahou je získat i jiný biologický materiál k izolaci agens např. kloubní/kostní punktát, hnis z abscesového ložiska nebo např. konec katétru ke kultivaci. Dalším krokem je zobrazení postižení v oblasti skeletu a kloubů. Pro svou dostupnost bývá rentgenové (rtg) vyšetření metodou volby, je však třeba mít na mysli, že v prvních 10–14 dnech je rtg nález negativní, jelikož tato metoda nezachytí časné patologické změny v kostní tkáni (6). Nejvýznamnější zobrazovací metodou v začátku onemocnění, prakticky se 100% senzitivitou, je magnetická rezonance (MRI) s aplikací kontrastní látky (7). Ultrazvukové (UZ) vyšetření indikujeme při podezření na přítomnost kloubního výpotku. Máme-li tedy pozitivní nález na MRI vyšetření a pozitivní hemokulturu, je diagnóza OM jistá, při negativní hemokultuře a pozitivním nálezu na MRI vysoce pravděpodobná. V rámci širší diferenciální diagnostiky je třeba u pacienta s podezřením na osteomyelitidu se septickým průběhem vyloučit pomocí echokardiografie infekční endokarditidu, která může vést k septické embolizaci do kostí a kloubů (8). Léčba a prognóza OM u novorozenců bude popsána v diskuzi.

### Kazuistika

Chlapec se rodil ve 41. gestačním týdnu akutním císařským řezem pro hrozící hypoxii plodu, plodová voda byla masivně zkalená, poporodní adaptace prodloužená. Ve stáří 24 hodin byl novorozenec přeložen do perinatologického centra Fakultní nemocnice Hradec Králové (FN HK) pro poruchu tolerance enterální výživy a hypoglykemie. Ze vstupních kultivačních vyšetření byla prokázána masivní kolonizace *Staph. aureus*. Pobyť chlapec byl 4. den hospitalizace komplikován rozvojem pozdní sepse (klinicky febrilie a neklid) s postupným vznikem vícečetných kožních abscesových ložisek, predilekčně v místech předchozích intravenózních kanyl (Obr. 2, 3). Zahájili jsme empirickou antibiotickou (atb)

**Obr. 2.** Abscesové ložisko levého zevního kotníku

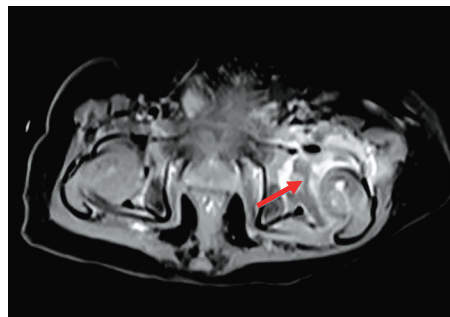


terapii (vankomycin, gentamicin), kterou jsme za 2 dny dle výsledků hemokultury (*Staph. aureus*) změnili na oxacilin. Hladina C-reaktivního proteinu (CRP) vzrostla v této době na hodnotu 238 mg/l. 8. den hospitalizace si abscesová ložiska na kůži chlapce vyžádala chirurgickou intervenci. Terapie byla po konzultaci s atb střediskem rozšířena o klindamycin pro jeho dobrou prostupnost do kostní tkáně a abscesů. Proběhlo vyšetření dětským imunologem, které vyloučilo imunodeficit. V dalším průběhu hladina CRP fluktuovala v rozmezí 35–80 mg/l. Již v této fázi onemocnění jsme pomýšleli na osteomyelitidu. Na základě klinického podezření jsme indikovali MRI vyšetření, které muselo být před podáním kontrastní látky ukončeno pro akutní trombotickou okluzi centrálního žilního katétru. Nativní MRI vyšetření bylo negativní. Při postupné úpravě CRP a vyloučení katetrové sepse jsme ukončili atb terapii a chlapec byl 22. den hospitalizace přeložen na standardní oddělení. Třetí den po překlada začal být chlapec negativistický, reagoval bolestivě při pohybech v kyčelních kloubech, laboratorně opět vzrostly markery infekce (CRP 50 mg/l). Chlapec podstoupil druhé MRI vyšetření s podáním kontrastní látky, které potvrdilo OM levého femuru a obou kyčelních kloubů (Obr. 4) s luxací kyčle vlevo (Obr. 5), načež jsme obnovili atb terapii (oxacilin). Patologické změny byly v tuto dobu pozorovány též na rtg snímcích (Obr. 6). Dětský ortopedové na základě doplňujících zobrazovacích vyšetření indikovali operační revizi, která proběhla 42. den hospitalizace. Byla provedena artrotomie obou kyčelních kloubů a jejich stabilizace sádrovou spikou. PCR vyšetření kloubního aspirátu potvrdilo infekci zlatým stafylokokem. 12 dní po operaci jsme chlapce propustili do domácího ošetřo-

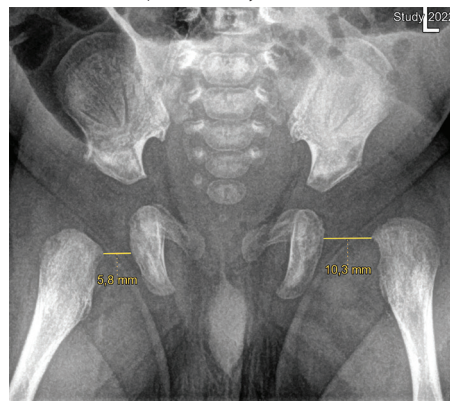
**Obr. 3.** Incize abscesového ložiska levého zevního kotníku s krvavým hnisem



**Obr. 4.** Celotělová magnetická rezonance, která prokázala osteomyelitidu, 29. den hospitalizace. Zde transverzální řez pánví po podání kontrastní látky i.v. (Gadovist). Šipka směřuje na edematózně a zánětlivě změněnou tkáň v okolí postižené kyčle (hypersignální tkáň)



**Obr. 5.** Rtg kyčlí. Rtg snímek zhotovený ke sledování změn v čase, 10. den po dg. OM. Znáznorněno nerovnoměrné postavení kyčlí s luxací vlevo



**Obr. 6.** Rtg levé kyčle. Snímek zhotoven 2. den po reaktivaci infekce, šipka ukazuje na projasnění v hlavici femuru jako obraz osteolytického ložiska při osteomyelitidě

