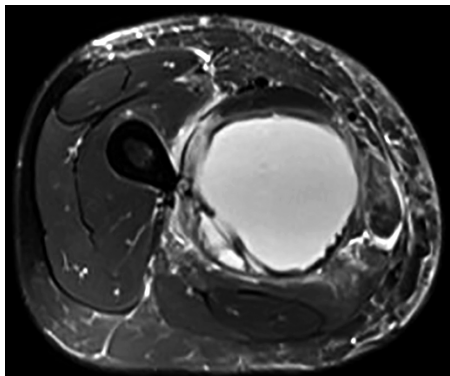
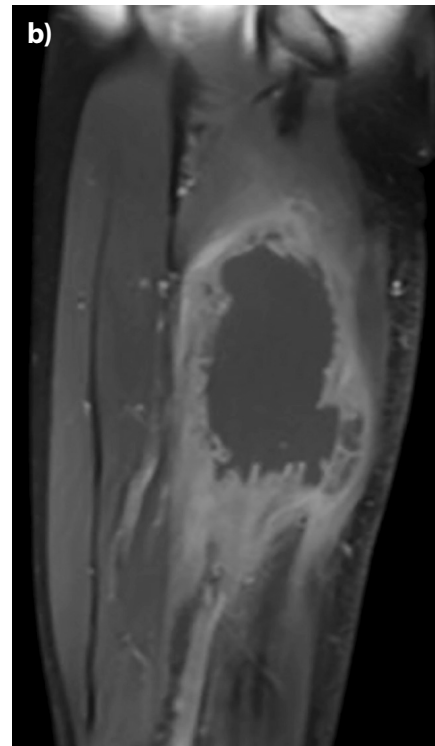
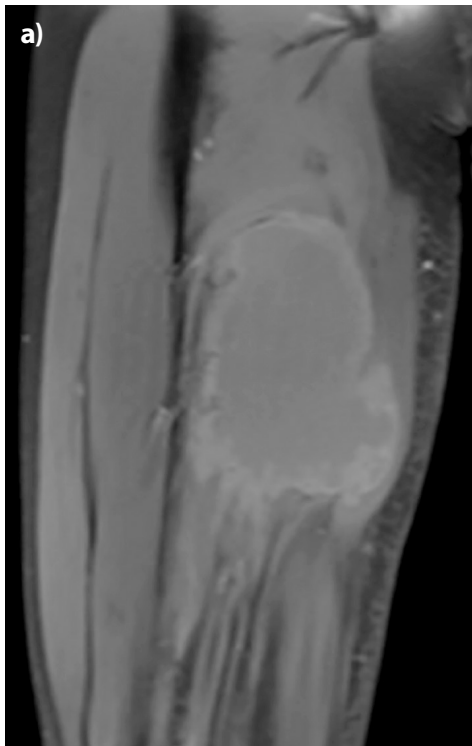


Obr. 3. MR vyšetření, T2 vážené zobrazení nativně. V měkkých tkáních stehna v oblasti m. adductor longus se potvrdila rozsáhlá intramuskulární hyper-signalní tekutinová formace s vytvořenou stěnou a prosáknutí v jejím blízkém okolí



formace lehce zvýšeně signální. Po aplikaci kontrastní látky (**Obr. 4b**) došlo k **výraznému zvýšení intenzity signálu stěny, a také vnitřních sept intramuskulární abscesové kolekce**. Zvýšil se signál i zánětlivě změněných přilehlých měkkých tkání. Vzhledem k neznámému původci onemocnění byla odeslána krev na **PCR i kultivační** vyšetření, která byla opakovaně negativní. Vzhledem k nejasnému nálezu byla další den provedena chirurgická biopsie v klidné CA (fragmentovaná tkáň celkové vel. 23 × 15 × 8 mm: ve vzorcích byly části nespecifické granulační tkáň s menšími ložisky buněčné fibrózy a hnisavý exsudát, většina neutrofilů byla již s rozpadem. Ložiskově přítomnost zralých plazmocytů. Ve speciálním barvení nebyla vlákna plísňe zjištěna. Aktinomykotické drůzy nezjištěny. **Morfologický obraz imponoval jako rezorbující se absces**. Peroperačně byl odebrán punktát a tkáň z ložiska k mikrobiologickému a mykologickému vyšetření. Kultivačně prokázán **Staphylococcus aureus**. Kvantitativní citlivosti (MIC v mg/l) na antibiotika, chemoterapeutika: oxacilin 0,250 C, chloramfenikol 2,000 C, tetracyklin 0,500 C, kotrimoxazol 2,000 C, erytromycin 0,250 C, klindamycin 0,063 C, ciprofloxacin 0,250 C, gentamicin 0,250 C, vankomycin 0,500 C, teikoplanin 0,500 C, Linezolid 0,500 C, tigecyklin 0,125 C) a morfologický obraz imponuje **akutní pyomyozitidě s rozvojem abscesu**. Pacient byl již před výkonem zajištěn antimykotiky (Amfotericin B) a **ATB** terapií iniciálně **Piperacilin/Tazobactam** a **Targocid** (teikoplanin). Vzhledem k dobré citlivosti na ATB postupná deescalace na **Piperacilin/**

Obr. 4a, b. MR vyšetření, T1 vážené zobrazení nativně a po i. v. aplikaci gadoliniové kontrastní látky. Na nativním zobrazení (a) byla stěna formace lehce zvýšeně signální. Po aplikaci kontrastní látky (b) došlo k výraznému zvýšení intenzity signálu stěny, a také vnitřních sept intramuskulární abscesové kolekce. Zvýšil se signál i zánětlivě změněných přilehlých měkkých tkání



Tazobactam. Abscesové ložisko bylo 19. dnů drénováno, kontroly a převazy plastickým chirurgem, postupně drény extrahovány. Dle UZ nálezu se abscesová dutina pomalu uzavírala. Během hospitalizace byla aplikována substituční léčba **HD IVIG** pro hypoimmunoglobulinemii IgG. Po celou dobu hospitalizace byl kardiopulmonálně stabilní. Cílené echokardiografické vyšetření vyloučilo intrakardiální vegetace. **Protokolární léčba byla od 45. dne přerušena na celkem 19 dnů**. Před protokolem M byla vyšetřena kostní dřeň, která **potvrdila trvání kompletní hematologické remise** základního onemocnění.

Diskuze

Ve více než 90 % případů je pyomyozitida způsobena *Staphylococcus aureus* nebo jinými grampozitivními mikroorganismy (*Streptococcus pyogenes* a *Streptococcus pneumoniae*). Vzácně můžeme jako příčinu určit gramnegativní bakterie včetně *Escherichia coli*, *Salmonella* sp., nebo *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Neisseria meningitidis* a jiné (8, 9, 10, 11, 12).

Bylo prokázáno, že samotná bakteriémie *S. aureus* nestačí k vyvolání svalové infekce, pokud nedošlo v předstihu ke svalovému

poranění. V klinické praxi však bylo trauma zjištěno u pouze 15–50% pacientů se stafylokokovou pyomyozitidou, takže musí existovat i další neznámé faktory jakými by mohly být skrytá tupá svalová traumata, přetížení například při intenzivním cvičení, nebo trauma při kontaktních sportech (3). Sekvestrované železo uvolněné z myoglobinu v traumatizovaných a devitalizovaných svalech zvyšuje mikrobiální kolonizaci. Vyšší míru kolonizace usnadňuje těžká neutropenie, porušená imunoreaktivita (diabetes mellitus, hematologická onemocnění a malignity, jakými jsou leukemie nebo aplastické anémie, nebo onemocnění pojivové tkáň). U dospělých pacientů jsou navíc uváděny alkoholová onemocnění jater a HIV. Nedávná infekce krevního řečiště a souběžné infekce (např. pneumonie, toxokaróza, varicella, tuberkulóza) jsou rovněž spojovány s možným rozvojem pyomyozitidy.

Pyomyozitida se může vyskytnout v kterémkoli ze tří klinických stadií: první stadiu (subakutní, **invazivní stadium**) probíhá během 10–21 dnů a je charakterizováno lokalizovaným, bolestivým otokem dřevnaté konzistence s erytémem nebo bez něj. Mohou být přítomny další nespecifické příznaky, např. nízká horečka, neurčitá/tupá svalová bolest,