

# Infekcyjne zapalenie wsierdzia u chorego z wszczepionym układem stymulującym skutecznie leczone antybiotykami: obserwacja dwuletnia

Infective endocarditis in patient with implantable cardiac pacemaker successful antibiotic treatment: two-year follow-up

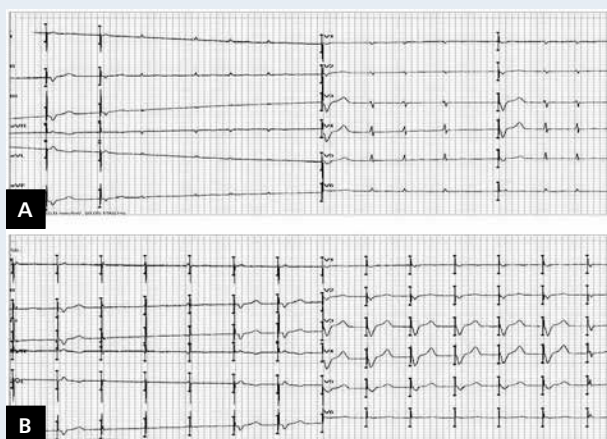
Ireneusz Marcin Jedliński<sup>1,2</sup>, Paweł Bugajski<sup>3</sup>, Krzysztof Greberski<sup>3</sup>, Ryszard Kalawski<sup>3</sup>, Marek Słomczyński<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oddział Kardiologii, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia, Poznań

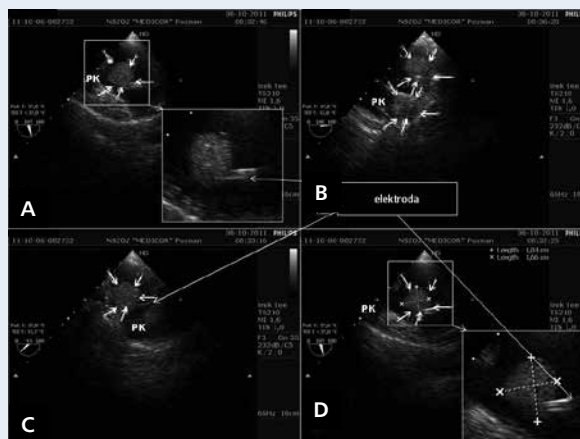
<sup>2</sup>„Medicor”, Poradnie Specjalistyczne, Poznań

<sup>3</sup>Oddział Kardiologii, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia, Poznań

Chorego w wieku 65 lat skierowano na oddział kardiologiczny z powodu utrzymujących się od 4 tygodni stanów gorączkowych i ogólnego osłabienia. W wywiadzie zanotowano stan po wszczepieniu układu stymulującego z powodu wolnego migotania przedsionków z pauzami > 4500 ms (układ jednoelektrodowy z trybem stymulacji VVI). W badaniach laboratoryjnych stwierdzono leukocytozę (21 G/l) z odczynem granulocytarnym i podwyższone stężenie białka C-reaktywnego (CRP 88 mg/l). W badaniu elektrokardiograficznym zarejestrowano migotanie przedsionków z okresową stymulacją komór. Nie stwierdzono zaburzeń stymulacji i czuwania elektrody komorowej (ryc. 1A, B). U chorego wykonano przezklatkowe badanie echokardiograficzne (TTE). Stwierdzono obecność dodatkowego, kulistego, miękkiego echa na elektrodzie układu stymulującego, zlokalizowanego w okolicy koniuszka prawej komory. W celu dokładniejszej oceny etiologii i rozległości zmiany u pacjenta przeprowadzono przezprzełykowe badanie echokardiograficzne (TEE), w czasie którego zaobserwowano obecność nacieku na elektrodzie o wymiarach 19 × 16 mm, odpowiadającego vegetacji infekcyjnego zapalenia wsierdzia. Zmiany o identycznej morfologii zlokalizowano w obrębie wsierdza wolnej ściany prawej komory (ryc. 2). W badaniu bakteriologicznym krwi stwierdzono zakażenie gronkowcem złocistym metycylinoopornym. Podjęto 6-tygodniowe leczenie antybiotykami wg aktualnych standardów (wankomycyna w dawce 30 µg/kg/d.; gentamycyna w dawce 3 mg/kg/d.). W kolejnych dniach zaobserwowano stopniowy spadek stężenia CRP. W kontrolnym TEE wykonanym po zakończeniu farmakoterapii nie wykazano obecności vegetacji zarówno na elektrodzie, jak i w ścianach prawej komory. Od 2 lat chory pozostaje pod stałą opieką poradni kardiologicznej i jest poddawany okresowej kontroli echokardiograficznej. Nie stwierdzono zaburzeń stymulacji i czuwania elektrody układu stymulującego.



Rycina 1. 12-odprowadzeniowy elektrokardiogram; A. Zapis standardowy. B. Próba z magnesem; widoczne piki stymulacji



Rycina 2. A–D. Badanie metodą rezonansu magnetycznego; białymi strzałkami zaznaczono guz; PK — prawa komora

#### Adres do korespondencji:

dr n. med. Ireneusz Jedliński, Oddział Kardiologiczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia, ul. Szwajcarska 3, 61-285 Poznań, tel: +48 61 873 93 95, e-mail: irejed@wp.pl

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono