

## Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Wrabec

Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, Oddział Kardiologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław



Na ogół niechętnie, z różnych powodów decydujemy się opisywać przypadki, które nie zakończyły się powodzeniem, a które bardzo często mają duże walory dydaktyczne.

W tytule komentowanej pracy autorzy zawarli retoryczne raczej pytanie „Czy rozpoznanie ropnia w przebiegu infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW) pozostaje nadal trudne?” [1]. Po przeczytaniu artykułu uważam, że odpowiedź powinna brzmieć: tak, bywa trudne. Pracę można by też zatytułować inaczej, np. uwzględniając trudności, na jakie napotyka się, przy najlepszej nawet współpracy z kardiologami, w uzgodnieniu stanowiska, czy i kiedy operować.

Pracując jako kardiolog już od 52 lat, doskonale pamiętam czasy, kiedy IZW dyskwalifikowało z operacji kardiologicznej do momentu wyleczenia go antybiotykami, głównie z obawy przed zainfekowaniem „czystej” kardiologicznej sali operacyjnej, z powodu niewiary w możliwość chirurgicznego usunięcia z serca całości zainfekowanego materiału, czyli trwałego wyleczenia pacjenta. Aby zapobiec wczesnemu lub późniejszemu pooperacyjnemu IZW, do dziś przy operacjach wad wykonuje się posiewy z nosa i gardzieli. Pamiętam też wielką radość tzw. kardiologów zachowawczych, gdy kardiochirurdzy zaczęli skutecznie, nawet w trybie natychmiastowym, operować chorych z powikłanymi IZW, przede wszystkim z nabytymi wadami serca. Dziś na Dolnym Śląsku wszystkie 3 kliniki kardiologiczne (konkurencja?) w razie ewidentnych wskazań na ogół bez trudności i z dobrymi wynikami operują takich pacjentów. A wskazania i tzw. *timing* operacji (natychmiastowe, pilne, planowe), klasa rekomendacji I, poziom wiarygodności B, są zawarte w ostatnich (z 2009 r.) standardach ESC dotyczących IZW [2]. Tak się złożyło, że tuż po otrzymaniu przeze mnie komentowanego artykułu ukazały się w *European Heart Journal* 3 obserwacyjne prace dotyczące zabiegów kardiologicznych u pacjentów z IZW, skierowane zresztą do druku jeszcze przed opublikowaniem wspomnianych wyżej wytycznych [3, 4]. Szczególnie utkwiła mi w pamięci praca Thuny i wsp. [3] dotycząca 291 chorych operowanych w latach 1992–2007. We wnioskach autorzy napisali, że ze strategii wczesnego (w 1. tygodniu choroby) operowania pacjentów z IZW najbardziej korzystają chorzy młodzi, z IZW spowodowanym gronkowcem złocistym, z niewydolnością serca i z dużymi vegetacjami na zastawkach. Odsetek ropni okołozastawkowych w ich materiale nie był znacząco wyższy w podgrupie chorych, którzy najbardziej skorzystali z operacji [3].

Odnosząc się do opisanego w komentowanej pracy przypadku, nie zawaham się określić go jako pechowego. Mimo ewidentnego od pewnego momentu IZW (3. miesiąc leczenia,

początek listopada) posiewy krwi były początkowo jałowe, co nie rzutowało na prawidłowość zastosowanego „empirycznego” leczenia. Ropnia okołozastawkowego, który ostatecznie pękł i ewakuował się do prawej komory, pozostawiając widoczną jamę, nie było widać ani w żadnym z pierwszych dwóch TTE, ani w pierwszym TEE, a dopiero w trzecim TTE, wykonanym krótko przed śmiercią. Wobec uzyskanej poprawy, uważając, że wszystko zmierza ku dobremu, nie przeprowadzono kolejnego TTE. Dodatni posiew z krwi uzyskano dopiero na początku grudnia, kiedy już było absolutnie za późno, aby operować (wystąpiło uszkodzenie wielonarządowe, zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego).

Wcześniejsze rozpoznanie ropnia zapewne ułatwiłoby kardiologom decyzję, by operować wówczas, kiedy było to jeszcze, choć trudne, ale możliwe, zaś kardiologów zmotywowało, aby jeszcze energiczniej nalegać na operację. Decyzja o jej wykonaniu byłaby łatwiejsza, gdyby rozpoznano obecność ropnia. Zapewne najdogodniejszym momentem do operacji byłby istotnie okres krótkiej poprawy na końcu listopada. Jednak podjęcie decyzji wtedy, gdy jeszcze można było liczyć na sukces leczenia zachowawczego, nie było dodatniego posiewu z krwi ani wykazanego ropnia okołozastawkowego, było trudne, a operacja nie gwarantowałaby sukcesu, bo choroba przebiegała wyjątkowo złośliwie, nie tylko w ostatniej swej fazie. Musiało to być uwarunkowane wyjątkową zapewne złośliwością wewnątrzszpitalnego patogenu gronkowcowego.

Zastosowana w komentowanym przypadku antybiotykoterapia była prawidłowa. Gdyby to jednak mnie się ten przypadek przytrafił, to biorąc pod uwagę, że patogenem był gronkowiec złocisty, starałbym się w leczeniu uwzględnić rifampicynę. Ten od lat stosowany w terapii gruźlicy antybiotyk jest wysoce aktywny, a rzadko wykorzystywany w leczeniu infekcji gronkowcowych (uwzględniają go standardy ESC), a zawdzięcza mu życie, jeszcze w ostatnich latach, kilkoro moich pacjentów.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

### Piśmiennictwo

1. Tomaszuk-Kazberuk A, Lisowska A, Sobkowicz B et al. Czy rozpoznanie ropnia w przebiegu infekcyjnego zapalenia wsierdzia pozostaje nadal trudne? *Kardiologia Polska*, 2012; 70: 1164–1166.
2. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące zapobiegania, rozpoznawania i leczenia infekcyjnego zapalenia wsierdzia (nowa wersja 2009). *Kardiologia Polska*, 2010; 68: suppl. I.
3. Thuny F, Beurtheret S, Mancini J et al. The timing of surgery influences mortality and morbidity in adults with severe complicated infective endocarditis: a propensity analysis. *Eur Heart J*, 2011; 32: 2027–2033.
4. Bannay A, Hoen B, Duval X et al. The impact of valve surgery on short- and long-term mortality in left sided endocarditis; do differences in methodological approaches explain previous conflicting results? *Eur Heart J*, 2010; 32: 2003.