

# Infekcyjne zapalenie wsierdza obu zastawek przedsionkowo-komorowych u młodego mężczyzny z ubytkiem przegrody międzyprzedsionkowej typu I – opis przypadku

Infective endocarditis of both atrioventricular valves in a young man with atrioventricular canal defect – a case report

Ireneusz Jedliński<sup>1</sup>, Ryszard Kalawski<sup>2</sup>, Paweł Bugajski<sup>2</sup>, Maria Jamrozek-Jedlińska<sup>3</sup>, Kajetan Poprawski<sup>4</sup>, Marek Słomczyński<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Oddział Kardiologiczny, Szpital im. J. Strusia, Poznań

<sup>2</sup> Oddział Kardiochirurgiczny, Szpital im. J. Strusia, Poznań

<sup>3</sup> Oddział Chorób Wewnętrznych i Hematologii, Szpital im. J. Strusia, Poznań

<sup>4</sup> II Klinika Kardiologii, Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

## Abstract

We report a case of a 33-year-old man with infective endocarditis of both atrioventricular valves coexisting with a congenital heart defect: atrioventricular canal defect. Transthoracic and transesophageal echocardiography showed complete atrioventricular canal defect and vegetations affecting both the normal mitral and tricuspid valves. The patient received a combined antibiotic therapy and was qualified for cardiosurgical correction.

**Key words:** infectious endocarditis, atrioventricular valves, atrioventricular canal defect

Kardiologia Polska 2009; 67: 1004-1006

## Wstęp

Wrodzone wady serca zwiększają ryzyko rozwoju infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW). Usytuowanie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej typu I (ASD I) umożliwia przejście procesu zapalnego z jednej zastawki przedsionkowo-komorowej na drugą [1].

Poniżej przedstawiamy przypadek 33-letniego mężczyzny z ASD I powikłanego IZW zastawki mitralnej oraz trójdziennej.

## Opis przypadku

Mężczyzna 33-letni został skierowany na konsultację kardiologiczną z powodu dwukrotnej utraty przytomności. W wywiadzie chory podawał pogorszenie wydolności fizycznej, stany podgorączkowe oraz nocne dreszcze od 6 tygodni. Przedmiotowo stwierdzono nad polami płucnymi pojedyncze trzeszczenia u podstawy obu płuc oraz gło-

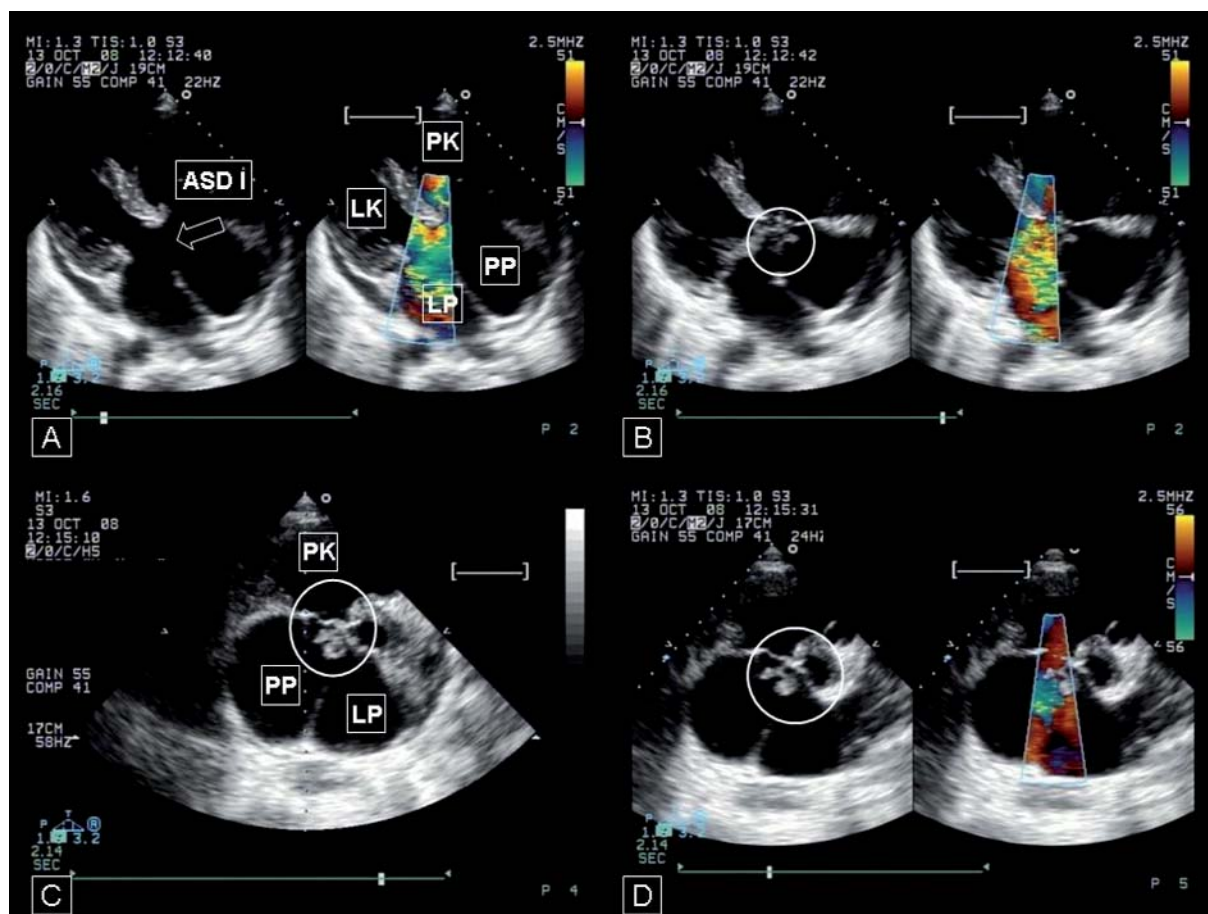
śny szmer skurczowo-rozkurczowy słyszalny nad całym sercem, o maksymalnym nasileniu w II przestrzeni międzyżebrowej po stronie lewej. W badaniu EKG występowały cechy przeciążenia obu przedsionków oraz całkowity blok prawej odnogi pęczka Hisa.

Chorego skierowano na przeklatkowe badanie echokardiograficzne. Podczas badania uwidoczniłoby ubytek w części pierwotnej przegrody międzyprzedsionkowej o średnicy 32 mm i cechy rozszczepienia przedniego płątka zastawki mitralnej (*cleft*). Widoczne były także dodatkowe, kałafiorowate echa na przednim płątku zastawki mitralnej oraz przegrodowym płątku zastawki trójdziennej od strony przedsionków. W badaniu techniką kolorowego doplera stwierdzono obecność przecieku z lewej strony na prawą (L → P) na wysokości przedsionków oraz istotną niedomykalność obu zastawek przedsionkowo-komorowych (Rycina 1).

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Ireneusz Jedliński, Oddział Kardiologiczny, Szpital im. J. Strusia, ul. Szkolna 8/12, 61-833 Poznań, tel.: +48 61 858 56 00, e-mail: irejed@wp.pl

Praca wpłynęła: 11.01.2009. Zaakceptowana do druku: 28.01.2009.



**Rycina 1.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne. **A i B** – zmodyfikowana projekcja przymostkowa w osi długiej: **A** – widoczny ubytek typu ASD I oraz przepływ LP → PP w badaniu z zastosowaniem kolorowego dopлера, **B** – fala zwrotna mitralna w badaniu z zastosowaniem kolorowego dopлера. **C i D** – zmodyfikowana projekcja koniuszkowa czterojamowa: **C** – widoczne vegetacje na płątku zastawki trójdzielnej, **D** – fala zwrotna trójdzielna w badaniu z zastosowaniem kolorowego dopлера. Vegetacje obwiedzione kołami

LP – lewy przedsionek, LK – lewa komora, PP – prawy przedsionek, PK – prawa komora, ASD I – ubytek przegrody międzyprzedsionkowej typu I

Chorego skierowano na przezprzetykowe badanie echokardiograficzne z podejrzeniem IZW obu zastawek przedsionkowo-komorowych.

W projekcji przetykowej wysokiej uwidoczniono dodatkowe, ruchome, kalafiorowate echa odpowiadające vegetacjom IZW, zlokalizowane na powierzchni przedsionkowej przedniego płątku zastawki mitralnej, które przechodziły w sposób ciągły przez ASD I na powierzchnię przedsionkową płątku przegrodowego zastawki trójdzielnej. W badaniu z zastosowaniem kolorowego dopлера uwidoczniono istotną hemodynamicznie falę zwrotną mitralną, skierowaną do prawego przedsionka przez ASD I. Nie uwidoczniono ubytku w przegrodzie międzykomorowej (Rycina 2.).

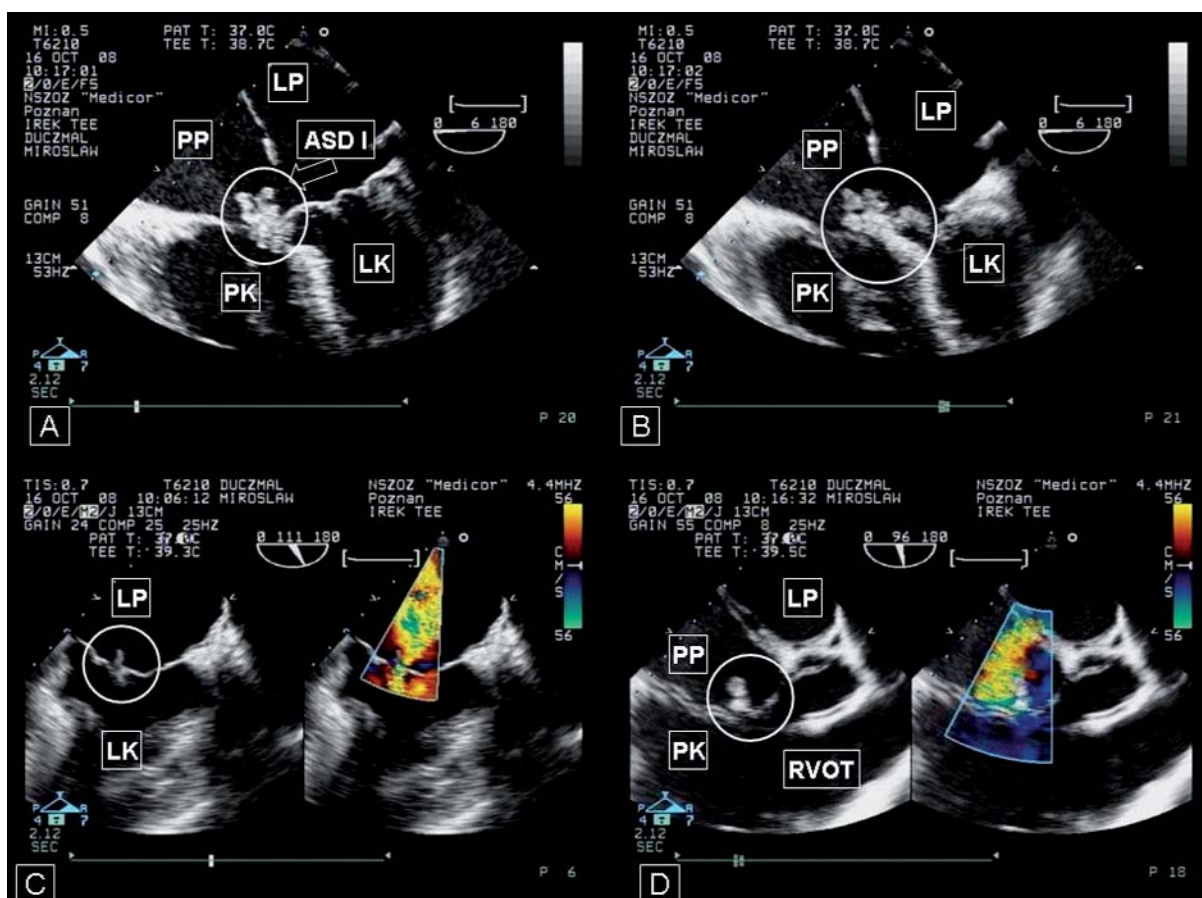
Wykonano posiewy krwi i uzyskano dwukrotnie dodatni posiew na enterokoki. Włączono antybiotykoterapię zgodnie z antybiogramem.

Chorego skierowano na konsultację kardiologiczną z rozpoznaniem ASD I (częściowy wspólny kanał przed-

siwno-komorowy), powikłanego IZW obu zastawek przedsionkowo-komorowych. Ze względu na wadę oraz wielkość vegetacji (do 22 mm) chorego zakwalifikowano do zabiegu korekcji obejmującej rekonstrukcję przegrody międzyprzedsionkowej oraz wszczepienie protezy mechanicznej w lewe ujście przedsionkowo-komorowe.

### Omówienie

Isolowane ubytki typu ASD I stanowią 15–20% ubytków w przegrodzie międzyprzedsionkowej [2] i są najczęstszym typem ASD związanym z zespołem Downa. Tego typu ubytki, opisywane również jako częściowy wspólny kanał przedsionkowo-komorowy, powstają w efekcie zahamowania lub nieprawidłowego rozwoju poduszczek wsierdciowych. Ubytkowi przegrody międzyprzedsionkowej typu I towarzyszy prawie zawsze rozszczepienie przedniego płątku zastawki mitralnej, rzadziej przegrodowego płątku zastawki trójdzielnej [3].



**Rycina 2.** Przeprzetykowe badanie echokardiograficzne. **A–C** – projekcja przeprzetykowa wysoka, **D** – projekcja przetykowa środkowa. Kołami obwiedziono wegetacje bakteryjne. W badaniu z zastosowaniem kolorowego doplera w części **C** widoczna fala zwrotna mitralna, w części **B** – fala zwrotna trójdzielna

LP – lewy przedsionek, LK – lewa komora, PP – prawy przedsionek, PK – prawa komora, ASD I – ubytek przegrody międzyprzedsionkowej typu I, RVOT – droga odpływu prawej komory

Jak większość wad wrodzonych, ASD I stanowi czynnik ryzyka wystąpienia IZW. Według zaleceń dotyczących profilaktyki IZW, ASD I zaliczane jest do grupy chorób o pośrednim ryzyku zapalenia wsierdzia [4].

W opisanym przypadku IZW miała miejsce bardzo rzadka koincydencja występowania wegetacji bakteryjnych zarówno w lewej (zastawka mitralna), jak i prawej (zastawka trójdzielna) części serca. Było to możliwe dzięki patologicznemu połączeniu przedsionków w bezpośrednim sąsiedztwie obu zastawek przedsionkowo-komorowych. Najprawdopodobniej pierwotnym ogniskiem IZW był rozszczepiony przedni płatek zastawki mitralnej. Mechanizm kolonizacji płatka przegrodowego zastawki trójdzielnej mógł przebiegać albo przez ciągłość (brak części pierwotnej przegrody międzyprzedsionkowej), albo z prądem krwi (przeciek L → P, jet fali zwrotnej mitralnej skierowany do prawego przedsionka).

Jedynym skutecznym leczeniem ASD I jest korekta kardiochirurgiczna obejmująca odtworzenie przegrody międzyprzedsionkowej oraz jeżeli jest to możliwe – plasty-

ka przedniego płatka zastawki mitralnej lub wszczepienie protezy w lewe ujście żyłne. Korekcja chirurgiczna może obejmować także płatek przegrodowy zastawki trójdzielnej, jeżeli jest on objęty procesem patologicznym [5].

#### Piśmiennictwo

1. The Task Force on Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology. Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis: executive summary. *Eur Heart J* 2004; 25: 267-76.
2. Hoffman M, Rydlewska-Sadowska W, Rużyłło W. Wady wrodzone serca. *PZWL*, Warszawa 1989; 409-683.
3. Therrier J, Webb D. Congenital heart disease in adult. In: Braunwald E (ed.). *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. WB Saunders, Philadelphia 2001; 1592-618.
4. Dajani AS, Taubert KA, Wilson W, et al. Prevention of bacterial endocarditis: recommendation by the American Heart Association. *Circulation* 1997; 96: 358-66.
5. Konstantinides S, Geibel A, Olschewski M, et al. A comparison of surgical and medical therapy for aortal septal defect in adults. *N Eng J Med* 1995; 24: 469-73.