

Infekcyjne zapalenie wsierdzia z ujemnymi posiewami krwi – bruceloza?

dr hab. n. med. Janina Stępińska

Klinika Wad Nabytych Serca, Instytut Kardiologii, Warszawa



Infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) ciągle sprawia wiele trudności diagnostycznych i terapeutycznych, ale w ostatnich latach jedno zmieniło się istotnie – coraz rzadziej zdarza się, że nie rozpoznaje się czynnika etiologicznego. Inaczej mówiąc, istotnie zmniejszył się procent IZW z ujemnymi posiewami krwi. Ocenia się, że jest to jedynie 5%. W Polsce ciągle jest to większa grupa chorych, co wynika najpewniej z rozpoczynania antybiotykoterapii przed pobieraniem posiewów krwi. Ale jest jeszcze jedna, ważna przyczyna ujemnych posiewów krwi: drobnoustroje, które wymagają szczególnych warunków hodowli. Należą do nich między innymi bakterie z grupy HACEK (*Haemophilus species*, *Actinobacillus mycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corodens*, *Kingella species*) *Propionibacterium*, *Neisseria*, *Brucella*.

Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego zwracają uwagę, że wśród chorych z IZW o pozornie niejasnej etiologii są osoby, u których czynnikiem etiologicznym jest *Brucella* [1]. Czy zatem podejrzewać tę etiologię u chorych z ujemnymi posiewami krwi? W Polsce może się to zdarzyć wyjątkowo. Bruceloza jest chorobą odzwierzęcą, a zachorowania obserwuje się jedynie na terenach endemicznych, najczęściej w Turcji, ale również w innych krajach basenu Morza Śródziemnego, niektórych krajach arabskich, Meksyku, Indiach. W literaturze opisywani są pojedynczy chorzy albo – tak jak w pracy Serkan Cay i wsp. – serie przypadków. Prace na ten temat pochodzą najczęściej z Turcji i innych krajów basenu Morza Śródziemnego.

Infekcyjne zapalenie wsierdzia wikła ok. 2% zachorowań na brucelozę. Trudność w rozpoznawaniu brucelozy polega na bardzo niejednoznacznym obrazie klinicznym [2]. Wynika to między innymi z mnogości szczepów: *B. abortus*, *B. canis*, *B. cetaceae*, *B. melitensis*, *B. neotomae*, *B. ovis*, *B. pinnipedia*, *B. suis*. Nosicielami są bardzo różne zwierzęta: krowy, owce, świnie, kozice, wielbłądy, jaki, psy, ale również np. delfiny i inne zwierzęta. Każde z nich jest nosicielem innych typów bakterii *Brucella*, jednego czy dwóch. O czterech z nich wiadomo, że są przyczyną brucelozy u ludzi. Powodują różnorodne objawy: zapalenie stawów, wątroby, neuroinfekcje, powikłania hematologiczne – trombocytopenię i pancytopenię. Powikłanie kardiologiczne to nie tylko IZW, ale również zapalenie mięśnia

serca i/lub osierdzia. Niekiedy dochodzi do powstania ropni w mięśniu serca. Na brucelozę znacznie częściej chorują mężczyźni.

Z literatury wynika, że częściej zajęta jest zastawka aortalna, chociaż bywa również mitralna i obie. Potwierdza to również publikowana praca – 7 z 10 chorych miało zajęta zastawkę aortalną, tylko 3 mitralną. Zmiany na zastawce mitralnej dotyczyły tylko osób, które wcześniej przebyły chorobę reumatyczną. W opisanej serii aż 8 z 10 chorych miało ujemne posiewy krwi, do rozpoznania niezbędne były badania serologiczne.

Nie ma jednoznacznych zaleceń co do długości antybiotykoterapii w tej grupie chorych. Najczęściej zaleca się doksycylinę, aminoglikozyd i rifampicynę. Autorzy publikowanej pracy proponują tetracyklinę zamiast doksycykliny. Zaleca się leczenie łączone – farmakoterapię i operację. Najczęściej autorzy sugerują 6-tygodniowe leczenie zachowawcze przed operacją, ale są również zwolennicy operacji w pierwszych tygodniach leczenia [3, 4]. Po wymianie zastawki zaleca się leczenie antybiotykami przez co najmniej 8 tygodni, często dużo dłużej, aż do 10 miesięcy. W opisanej serii część chorych była leczona zachowawczo. Wybór momentu operacji jest szczególnie trudny. Podobnie jak w IZW o innej etiologii, powinna decydować hemodynamika i skuteczność antybiotykoterapii. Niektórzy z przedstawionych chorych mieli bardzo zaawansowaną niewydolność serca. Nie byli operowani albo byli kwalifikowani do operacji bardzo późno. Nawet jeśli antybiotykoterapia wydaje się skuteczna, normalizują się parametry zapalne, ale pogłębiają się cechy niewydolności serca, nie należy zwlekać z leczeniem chirurgicznym.

Choroba jest trudna do rozpoznania przez podobieństwo do wielu innych. Powinna być zawsze brana pod uwagę na obszarze endemicznym. Również w innych krajach nie wolno o niej zapominać. W ubiegłym roku pojawiło się pierwsze doniesienie ze Wschodniej Azji, która nie należy do terenów endemicznych, na temat IZW, w którym czynnikiem etiologicznym była *Brucella* [5].

Piśmiennictwo

1. Horstkotte D, Follath F, Gutschik E, et al. The Task Force on Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology. Guidelines on prevention, diagnosis and treatment of infective endocarditis executive summary; the task force on infective endocarditis of the European society of cardiology. *Eur Heart J* 2004; 25: 267-76.

2. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA, et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. *Circulation* 1998; 98: 2936-48.
3. Fernandez-Guerrero ML. Zoonotic endocarditis. *Infect Dis Clin North Am* 1993; 7: 135-52.
4. Jacobs F, Abramowicz D, Vereerstraten P, et al. Brucella endocarditis: the role of combined medical and surgical treatment. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 740-4.
5. Je HG, Song H. Brucella endocarditis in a non-endemic country – first reported case in East Asia. *Circ J* 2008; 72: 500-1.