

Komentarz redakcyjny

prof. dr hab. n. med. Maria Krzemińska-Pakuła

II Katedra Kardiologii, Uniwersytet Medycyny, Łódź



Infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) nadal stanowi poważny problem kliniczny ze względu m.in. na utrzymujący się trend zachorowalności mimo postępów diagnostyki i leczenia [1]. Śmiertelność jednak istotnie się obniżyła. Jeszcze w latach osiemdziesiątych śmiertelność szpitalna w IZW na zastawkach naturalnych sięgała nawet 40% [2, 3]. Obecnie wg różnych danych oscyluje w granicach 15–20%, a w wielu ośrodkach nie przekracza 10% [4, 5].

Śmiertelność 5,9% w materiale Abramczuk i wsp. z Instytutu Kardiologii [6] to znakomity wynik.

Wprawdzie w zdecydowanej większości publikacji nie wykazano wpływu wyhodowanego mikroorganizmu na rokowanie, lecz identyfikacja czynnika etiologicznego IZW ma nie tylko ważne znaczenie diagnostyczne, ale przede wszystkim decyduje i rozstrzyga o wyborze postępowania leczniczego.

To przecież wyniki posiewu pozwalają na właściwy dobór antybiotyków, a nierzadko rodzaj wyhodowanego patogenu przesądza o przyspieszonej lub pilnej kwalifikacji do leczenia operacyjnego.

Czynniki etiologiczne IZW istotnie zmieniły się w ostatnim dwudziestoleciu. Obecnie w Polsce, podobnie zresztą jak w wielu innych krajach przeważają raczej drobnoustroje z grupy gronkowców [1, 6]. Jak wynika z wielu doniesień, nie wpłynęło to niekorzystnie na rokowanie i śmiertelność szpitalną, ale problem nie jest tak jednoznaczny chociażby ze względu na fakt, że infekcja gronkowcowa częściej wiąże się z nawrotem IZW.

Poprawa rokowania, a zwłaszcza znaczne zmniejszenie śmiertelności wczesnej zależy od wielu czynników, z których na podkreślenie zasługują przynajmniej trzy. Po pierwsze, poprawa diagnostyki poprzez wprowadzenie polimerazowej reakcji łańcuchowej wykrywającej bakteryjne i grzybicze DNA. Pozwala to na wykrycie i identyfikację etiologicznego czynnika IZW w wielu przypadkach ujemnych posiewów, których odsetek wciąż jeszcze waha się w granicach 25–30%, nawet w bardzo dobrych laboratoriach.

Po drugie – identyfikacja czynnika patogenetycznego pozwala na zastosowanie celowanej, wysokiej skuteczności antybiotykoterapii.

Po trzecie – identyfikacja czynnika patogenetycznego pozwala na zastosowanie celowanej, wysokiej skuteczności antybiotykoterapii.

Po trzecie – duże znaczenie ma odpowiednio wczesna kwalifikacja chorych z IZW do leczenia operacyjnego. Dotyczy to w szczególności pacjentów o wysokim ryzyku zgonu i powikłań.

Autorom prezentowanej pracy udało się osiągnąć tak dobre wyniki z niską śmiertelnością szpitalną (5,9%), niskim odsetkiem nawrotów (4,9%) dzięki zastosowaniu tych zasad w praktyce klinicznej. Jest to godne uznania, zwłaszcza jeśli uświadomimy sobie, że materiał gromadzono w latach 1988–1998, a więc w okresie, kiedy nie było jeszcze opracowanych europejskich wytycznych postępowania. Gratulacje.

Niewątpliwie nowoczesna, skuteczna antybiotykoterapia, którą stosowano, miała istotny wpływ na rokowanie, myślę jednak, że do zmniejszenia śmiertelności przyczyniło się także leczenie chirurgiczne. Dowodzą tego wyniki autorów – śmiertelność w grupie leczonej antybiotykami i chirurgicznie wynosiła 3,7%, podczas gdy leczonej tylko antybiotykami 23,5%. Różnica jest istotna. Często nie udaje się skutecznie wyleczyć IZW bez interwencji chirurgicznej, zwłaszcza w przypadkach o etiologii grzybiczej i z udziałem gronkowca złocistego. Warto przytoczyć badania francusko-włoskie, obejmujące duży materiał: 315 chorych [5], które potwierdzają to stanowisko. Badanych podzielono na 3 grupy w zależności od kryterium wieku: grupa A – 117 chorych w wieku poniżej 50 lat, grupa B – 111 chorych w wieku 50–70 lat, grupa C – 87 chorych powyżej 70. roku życia.

Śmiertelność wewnątrzszpitalna była najwyższa w grupie najstarszych pacjentów i wynosiła 17 vs 7% w grupie B i 10% w grupie A. Jednak we wszystkich grupach śmiertelność po leczeniu chirurgicznym była niższa niż u leczonych tylko antybiotykami. i wynosiła dla całej populacji odpowiednio 6% u leczonych chirurgicznie vs 15% u leczonych antybiotykami ($p=0,04$), zaś dla poszczególnych grup: grupa A 5 vs 14%, grupa B 3 vs 11%, grupa C 11 vs 21% na korzyść leczonych chirurgicznie. Wyniki te również potwierdzają celowość odpowiednio wczesnego kierowania pacjentów z IZW, także tych w podeszłym wieku, na leczenie operacyjne.

Bezwzględne wskazania do leczenia chirurgicznego istnieją u chorych z IZW:

- nie reagujących na antybiotykoterapię stosowaną zgodnie z wynikiem posiewu;
- z utrzymującą się sepsą;

- z szybko rozwijającą się niewydolnością serca i/lub zatorowością do krążenia systemowego;
- o etiologii grzybiczej;
- z obecnością masywnych wegetacji w badaniu echokardiograficznym i dużą destrukcją zastawki.

Piśmiennictwo

1. Kai Hang Yiu, Chung Wash Siu, Katby Lai, Fun Lee, et al. Temporal trend of Infective Endocarditis in Chinese. A population Based Study over 10 years period. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47 (Suppl. A): 24.
2. Croft CH, Woodward W, Elliott A, et al. Analysis of surgical versus medical therapy in active complicated native valve infective endocarditis. *Am J Cardiol* 1983; 51: 1650-5.
3. Krzemińska-Pakuła M, Marszał-Marciniak M, Rafalska K, et al. Surgical treatment of infective endocarditis. *Z Kardiol* 1986; 75 (Suppl. 2): 191-5.
4. Tleyjeh JU, Murad HS, Ghomrawi HM, et al. Changing pattern of infective endocarditis, a population study of Olmsted County Minnesota. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45 (Suppl. A): 362
5. Di Salvo G, Thuny F, Rosenberg V, et al. Endocarditis in the elderly: clinical, echocardiographic, and prognostic features. *Eur Heart J* 2003; 24: 1576-83.
6. Abramczuk E, Hryniewiecki T, Stępińska J. Wpływ czynnika patogenetycznego na rokowanie u chorych z infekcyjnym zapaleniem wsierdza na naturalnych zastawkach. *Kardiologia Polska* 2006; 64: 676-82.