

Infekcyjne zapalenie wsierdzia u chorej po zabiegu przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej CoreValve® — czy można leczyć zachowawczo?

Infective endocarditis in patient post transcatheter aortic valve replacement — is conservative treatment possible?

Violetta Stępień-Adamczewska, Krzysztof J. Filipiak, Janusz Kochman, Piotr Ścisło, Grzegorz Opolski

I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Pacjentka w wieku 86 lat z ciasną stenozą lewego ujścia tętniczego (parametry echokardiograficzne stenozy: AVA 0,49 cm², gradient maksymalny/sredni [gr.max/sr.] 112/76 mm Hg) ze względu na wysokie ryzyko operacji kardiologicznej została zakwalifikowana przez Heart Team I Katedry i Kliniki Kardiologii WUM do przezcewnikowej implantacji zastawki aortalnej (TAVI). W badaniach laboratoryjnych stwierdzono następujące parametry: leukocytoza (WBC) 5320/mm³, białko C-reaktywne (CRP) < 5 mg/l, przesączanie kłębuszkowe nerek (eGFR) 59 ml/min/1,73 m² (ml/min). Pacjentkę konsultowano stomatologicznie, wykonano pantomogram szczęk, nie stwierdzając ognisk zapalnych. Z dostępu od prawej tętnicy udowej, w osłonie amoksyliny z klawulanianem, przeprowadzono zabieg TAVI, implantując zastawkę CoreValve® 26 mm. Wynik zabiegu był dobry, zaobserwowano śladowy przeciek okołozastawkowy. W 1. dobie po zabiegu stwierdzono następujące parametry: WBC 13000/mm³, CRP 39,9 mg/l, eGFR 31 ml/min. W 3. dobie po zabiegu wystąpił blok lewej odnogi pęczka Hisa, wydłużenie odstępu PR do 250 ms oraz zahamowania zatokowe do 2,5 s. Wszczepiono więc układ stymulujący typu DDD. Około zabiegowo zastosowano cetriakson. W kolejnych dniach zaobserwowano ogólne osłabienie (bez dolegliwości bólowych i bez gorączki). W 19. dobie po TAVI stwierdzono następujące parametry: WBC 7800/mm³, CRP 104,3 mg/l, eGFR 54,3 ml/min. W echokardiografii przezskłatkowej zarejestrowano prawidłową funkcję zastawki CoreValve®, śladowy przeciek okołozastawkowy, gr.max/sr. 41/20 mm Hg, AVA 1,38 cm², niewielką ilość płynu w worku osierdziowym, bez ewidentnych cech infekcyjnego zapalenia wsierdzia. W echokardiografii przezprzetykowej (TEE) uwidoczono nieobserwowaną wcześniej strukturę na brzegu segmentu 2 płatków przedniego zastawki mitralnej o wymiarze 0,5 × 0,8 cm, a u podstawy płatków na ciągłości mitroaortalnej stwierdzano normodensyjną zmianę mogącą odpowiadać naciekowi zapalnemu (ryc. 1, 2). Nie zarejestrowano zmian o charakterze infekcyjnego zapalenia wsierdzia na płatkach wszczepionej zastawki aortalnej ani na elektrodach układu stymulującego. W posiewach krwi zidentyfikowano *Staphylococcus epidermidis* oporny na wszystkie antybiotyki betalaktamowe. Wdrożono antybiotykoterapię zgodnie z antybiogramem (wankomycyna, gentamycyna, rifampicyna). W dniu rozpoczęcia terapii stwierdzono następujące parametry: WBC 10000/mm³, CRP 191 mg/l. W kolejnych badaniach zaobserwowano spadek parametrów zapalnych z narastającą niewydolnością nerek, zmuszającą do redukcji dawek antybiotyków. W kontrolnej TEE wykonanej po 3 tygodniach utrzymywała się opisywana struktura na brzegu przedniego płatków zastawki mitralnej i na ciągłości mitroaortalnej (bez zmian na płatkach zastawki CoreValve® i na elektrodach endokawitarnych). Ze względu na narastające parametry niewydolności nerek odstawił się gentamycynę, kontynuowano podawanie zredukowanej dawki wankomycyny i rifampicyny. Po 5 tygodniach WBC wynosiło 5190/mm³, a CRP 71,8 mg/l. W kolejnych TEE oraz 2 miesiące od wszczepienia TAVI nadal była obecna struktura na brzegu przedniego płatków zastawki mitralnej, a kolejne posiewy krwi były negatywne. Po 2 miesiącach od wszczepienia TAVI zakończono antybiotykoterapię wankomycyną i rifampicyną. Ze względu na objawy dyzuryczne i wyhodowanie z posiewu moczu *Enterococcus faecium*, zgodnie z antybiogramem, wdrożono linezolid. Po 2 tygodniach terapii linezolidem zanotowano następujące parametry: WBC 6580/mm³, CRP 21,9 mg/l, eGFR 40,64 ml/min. Po 10 tygodniach od zabiegu TAVI obraz echokardiograficzny pozostawał bez zmian — zastawka CoreValve® z niewielkim przeciekiem okołozastawkowym, AVA 1,4 cm², gr.max/sr. 25/11 mm Hg. Chora była w stanie ogólnym dobrym, nie zgłaszała dolegliwości, nie gorączkowała. W TEE po 6 miesiącach utrzymywała się opisywana struktura na przednim brzegu zastawki mitralnej, nie stwierdzono innych zmian patologicznych. Parametry zapalne były w normie, utrzymywały się cechy przewlekłej choroby nerek w stadium 2. Pacjentka pozostaje w stanie ogólnym dobrym, jest wydolna krążeniowo, nie zgłasza istotnych dolegliwości.



Rycina 1. Badanie przezprzetykowe; wegetacja na płatków przedniej zastawki mitralnej (strzałka)



Rycina 2. Badanie przezprzetykowe; nacieki zapalne wokół opuszki aorty oraz na ciągłości mitroaortalnej (strzałka)

Adres do korespondencji:

lek. Violetta Stępień-Adamczewska, I Katedra i Klinika Kardiologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, SP CSK, ul. Banacha 1A, 02-097 Warszawa, faks: +48 22 599 19 57, e-mail: v.adamczewsk@interia.pl

Konflikt interesów: nie zgłoszono