

Embolizační komplikace protézové endokarditidy

Ľubomír Bunček, Jiří Vondrák, Petr Vojtišek, Jan Studnička*

Kardiologické oddělení, Interní klinika, *Patologicko-anatomické oddělení, Pardubická krajská nemocnice, a. s., Pardubice, Česká republika

Bunček Ľ, Vondrák J, Vojtišek P, Studnička J. **Embolizační komplikace protézové endokarditidy.** *Cor Vasa* 2009;51(5):348–349.

Infekční endokarditida zůstává i v současné době závažným, život ohrožujícím onemocněním. Mortalita je vyšší u endokarditidy, která postihuje umělé chlopně, kdy přesahuje 30 %. Autoři představují případ protézové endokarditidy na náhradě aortální chlopně s embolizačními komplikacemi, které vedly ke zhoršení stavu a úmrtí pacienta.

Klíčová slova: Protézová endokarditida – Embolizační komplikace – Echokardiografie

Bunček Ľ, Vondrák J, Vojtišek P, Studnička J. **Embolitic complications of prosthetic valve endocarditis.** *Cor Vasa* 2009;51(5):348–349.

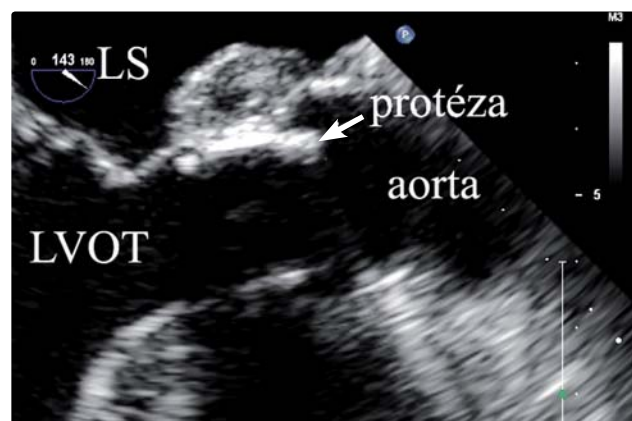
Infectious endocarditis remains to be a serious, life-threatening condition even today. Mortality is increased, exceeding 30%, with endocarditis involving prosthetic valves. The authors present the case of prosthetic valve endocarditis involving the aortic valve prosthesis with embolic complications resulting in deterioration of the patient's condition and, eventually, his death.

Key words: Prosthetic valve endocarditis – Embolic complications – Echocardiography

Adresa: MUDr. Ľubomír Bunček, Kardiologické oddělení, Interní klinika, Pardubická krajská nemocnice, a. s., Kyjevská 44, 532 03 Pardubice, Česká republika, e-mail: buckoo@seznam.cz

Muž ve věku 68 let, kterému byla šest měsíců před přijetím k hospitalizaci provedena náhrada aortální chlopně bio-protézou pro stenózu a pooperačně zaveden kardiostimulátor pro AV blokádu 2. stupně Mobitzova typu, byl přijat

do nemocnice pro měsíc trvající febrilie. Subjektivně byl při přijetí bez obtíží, za poslední tři měsíce zhubl o 10 kg. Vstupní jícnová echokardiografie prokázala normální funkci levé komory. Při vyšetření chlopenní náhrady byl



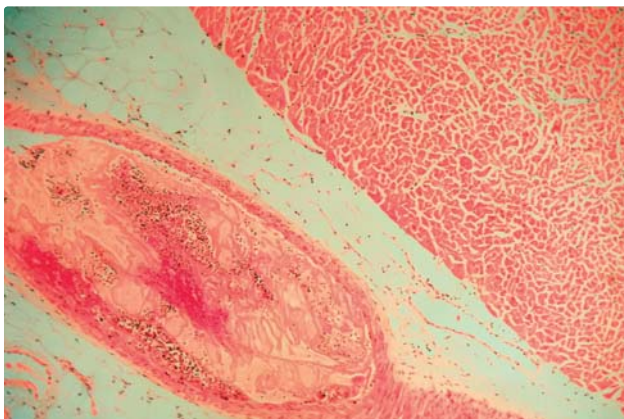
Obrázek 1 Podélný transesofageální pohled na kořen aorty s abscesem

LS – levá síň, LVOT – výtokový trakt levé komory

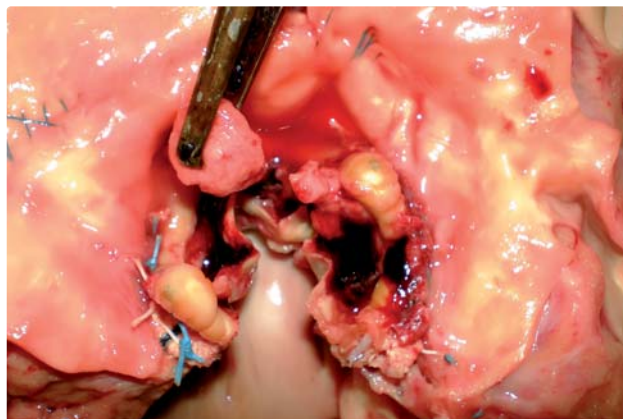


Obrázek 2 Příčný transesofageální pohled na kořen aorty s abscesem (bílá šipka) a dehiscenci protézy (červená šipka)

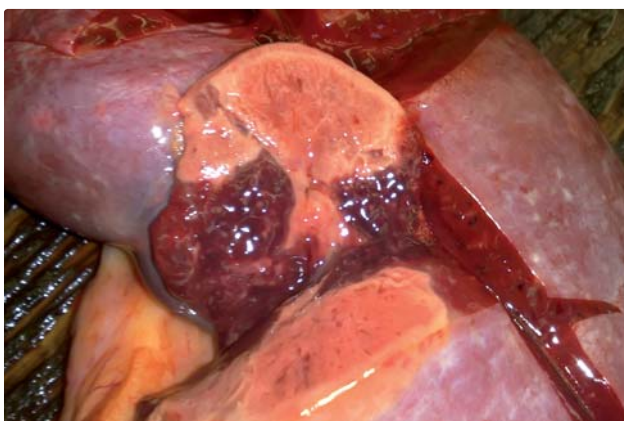
LS – levá síň, PS – pravá síň, PK – pravá komora



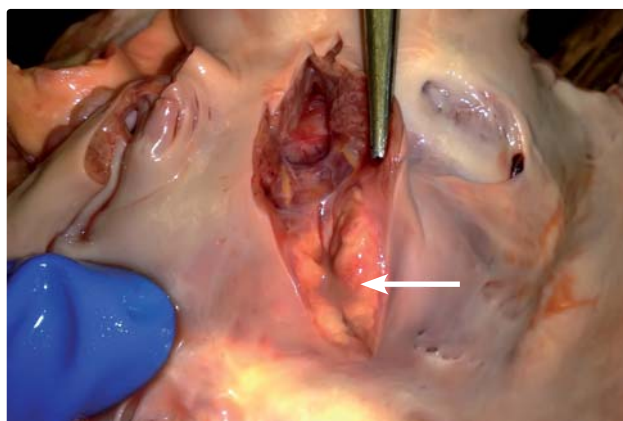
Obrázek 3 Sterilní trombembolus v periferní větvi koronární arterie – barvení hematoxylin-eosinem, zvětšení 10krát



Obrázek 5 Vegetace velikosti 20 × 10 × 4 mm na rozhraní prstence a komisury zadního a levého cípu bioprotézy aortální chlopně



Obrázek 4 Septický infarkt při konvexitě sleziny



Obrázek 6 Absces s vytékajícím hnisem (bílá šipka) velikosti 12 × 7 × 5 mm, pohled z levé síně

v oblasti kořene aorty v sousedství levé síně zjištěn absces s rozvolněním ringu a mírný paravalvulární leak, vegetace na chlopni nebyla patrna (obrázky 1 a 2). Cípy bioprotézy se dobře otevíraly, gradient na protéze byl 34/23 mm Hg. Hemokultury byly pozitivní (*Enterococcus faecalis*). Byla započata intravenózní léčba megadávkami ampicilinu podle citlivosti. Konzultací kardiologického pracoviště byl vzhledem k hemodynamické stabilitě doporučen konzervativní postup a pokračování v antibiotické léčbě. Osmý den hospitalizace si pacient začal stěžovat na bolesti na hrudi a dušnost. Kardiomarkery potvrdily akutní infarkt myokardu (troponin I 19,5 µg/l), EKG nebylo pro stimulovaný rytmus hodnotitelné. Kontrolní transthorakální echokardiografické vyšetření nově diagnostikovalo těžkou systolickou dysfunkci levé komory s ejekční frakcí 30 % a hypokinezi posterolaterálně. Přes vasopresorickou podporu pacient v týž den zemřel na kardiogenní šok.

Pitevnický nález podpořil možnost embolizační etiologie infarktu myokardu (obrázek 3), navíc byly přítomny i septické embolizace do sleziny (obrázek 4) při průkazu vegetace a abscesu v oblasti bioprotézy aortální chlopně (obrázky 5 a 6).

Enterokoky nepatří mezi nejčastější etiologické agens protézové endokarditidy (5–10 %), jejich embolizační potenciál je menší než u zlatého stafylokoků.⁽¹⁾ Přesto se s největší pravděpodobností embolizační komplikace významně podílely na zhoršení stavu a následném úmrtí pacienta.

Literatura

1. Beneš J. Infekční endokarditida. V: Aschermann M, et al. Kardiologie. Praha: Galén, 2004:860–72.

Došlo do redakce 27. 2. 2009

Přijato po úpravách 16. 3. 2009