

Výskyt infekční endokarditidy a některé problémy její diagnostiky – editorial

P. Gregor

Kardiocentrum – III. interní-kardiologická klinika 3. lékařské fakulty UK a FN Královské Vinohrady Praha, přednosta prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., FESC

Beneš J et al. Endokarditidy 2007: Výsledky multicentrické studie o výskytu a vlastnostech infekční endokarditidy. Vnitř Lék 2011; 57(2): 147–154.

Infekční endokarditida (IE) představuje velmi závažné onemocnění, které – není-li léčeno – končí vždy smrtí. Jistě již samotná tato věta zařazuje IE mezi onemocnění, na něž by se mělo v běžné praxi myslet, cíleně je odhalovat a včas zaléčit. S IE je navíc spojena i představa, že jde o onemocnění vzácné, s nímž se lékař setká spíše výjimečně. Možná k této představě přispívá i skutečnost, že výskyt IE v České republice není znám a není ani jednoduché jej zjistit. Je velkou zásluhou doc. Beneše a jeho spolupracovníků, že se ujali této nelehké role a pokusili se zaplnit mezeru, která v národním vědním fondu v tomto směru existuje.

Jak vyplývá z literárního přehledu doc. Beneše, incidence se pohybuje v rozmezí 1,6–4,3/100 000 obyvatel/rok [1]. Je však pravděpodobné, že je ještě podstatně vyšší. Přispívá k tomu jistě i skutečnost, že uvedená čísla se vztahují k starším pracím, kdy ještě nebyla populace nositelů srdečních vad tak důkladně prooperována – a to se týká právě především České republiky, kde v posledních letech nastal neobyčejný rozmach kardiologické léčby. Je proto dobré, že práce doc. Beneše a spolupracovníků vznikla v době, kdy je prooperovanost srdečních vad v ČR na optimální úrovni a kdy je předpoklad, že výsledky budou odrážet reálnou situaci i do vzdálenější budoucnosti.

Incidence je podle práce doc. Beneše 3,4 případů/100 000 obyvatel/rok [2].

Jde o číslo, které je zřejmě podhodnocené a autoři práce toto i připouštějí. Je nepředstavitelné, proč by přibližně na stejné velkých spádových územích měla být incidence nulová (nemocnice Hranice na Moravě), na jiných více než 11 (Svitavy), dokonce v dvojnásobně velké spádové populaci nemocnice Břeclav byla incidence rovněž nulová. Pohledem na tab. 1 se dokonce zdá, že ve většině moravských nemocnic je – na rozdíl od účastnících se českých zdravotnických zařízení – incidence nepřiměřeně malá a směrem na západ republiky se zvyšuje (zde je průměrný výskyt více než 2krát vyšší). Tento „gradient“ je však téměř s určitostí pouze zdáním a narušuje jej navíc i uvedený vysoký výskyt IE nemocnice ve Svitavách, která leží na pomezí obou regionů. Spíše se tedy jedná o chybu malých čísel a faktory „subjektivní povahy“ – arzenál použitých vyšetřovacích metod u podezřelých pacientů, kvalita jednotlivých vyšetření a jejich přesnost a nepochybně i snaha angažovat se v celém projektu. Svou roli jistě hraje i vzdálenost nemocnic od velkých a rozvinutých kardiocenter, což může jistě u některých studiích být důležité v jejich nízkém výskytu IE.

Navíc důraz na menší nemocnice s vynecháním větších kardiocenter může vést k podhodnocení výskytu onemocnění – do těchto center jsou často odesíláni i nemocní s pouhým podezřením na IE, dosud nikde nehospitalizovaní, blízkost kardiologických pracovišť může dále zvyšovat výskyt IE v nich.

Je nepochybné, že v populaci nositelů IE dochází k postupným změnám, a to již od 60. let minulého století. Na rozdíl od dřívější doby nyní převažují muži, výskyt se přesunuje do vyšších věkových skupin, na rozdíl od dřívějších dob, kdy šlo o typicky onemocnění mladých osob. Tyto skutečnosti byly dobře patrné i v současné práci [2] – v souboru bylo 80 mužů a 52 žen, medián věku byl 63 let, i když IE toxikomanů může stlačovat věk směrem dolů.

V práci autorů jsou jistě velmi cenné i další informace týkající se IE, jejich původců a jejího průkazu. Nesmírně poučné jsou především výsledky týkající se vysokého procenta nemocných s kultivačně negativní hemokulturou. Sami jsme se touto problematikou v minulosti rovněž zabývali [3,4], především pak v podobě četných přednášek [5–7]. Sami jsme byli udiveni vysokým procentem kultivačně negativních nemocných. V našem souboru, který vznikl v letech 1996–2001, jsme měli celkem 37 pacientů s prokázanou IE,

u 18 z nich byly negativní hemokultury. V těchto našich případech negativních hemokultur šlo často o pacienty na antibiotické léčbě, zdaleka však ne vždy (celkem 7 na antibioticiích, 11 bez nich). Tyto výsledky byly pro nás překvapením, jsou však zcela podobné recentním nálezům slovenských autorů [8], kteří našli negativní ještě ve větším procentu. Všeobecně se jeví výskyt IE s negativními hemokulturami velkým problémem, v některých pracích mohou antibiotika vést až k více než 50 % těchto negativních hemokultur [9]. Méně obvyklé infekční agens může představovat další příčinu negativních hemokultur. V podmínkách Evropy je nutno mít pravděpodobně především na mysli možnost plísňové, především kandidové endokarditidy, která může vzniknout např. při kandidemii po kardiokirurgickém výkonu s postižením nově implantované chlopenní protézy [10]. Zdá se, že počet těchto pacientů narůstá [10]. Světlnější diagnostika i léčba může být u některých pravostranných endokarditid, např. ve spojení osteomyelitidou [11]. Větší pozornost je též třeba věnovat i pacientům, kteří podstupují z nejrozličnějších důvodů extrakci elektrod nebo vlastních implantovaných aparátů typu pacemakery a ICD, zvláště jsou-li v pravé síni prokazatelné v praxi poměrně časté (asi v 8 %) neurčité echogenní struktury, a to i při negativních hemokulturách [12].

Dopad negativních hemokultur pro klinickou praxi je zásadní. Diagnostiku provádíme podle známých Durackových kritérií [13] a jedno ze dvou hlavních představuje právě nález typického mikroba v hemokultuře. Výše uvedené skutečnosti je třeba mít na paměti zejména u klinicky jasných nebo velmi pravděpodobných endokarditid, především po kardiokirurgických operacích, kde by rigidní setrvávání na průkazu pomocí zúžených kritérií mohlo vést k podcenění nutnosti te-

rapie a ve svém důsledku i závažnému poškození nemocného.

Terapie antibiotiky je tedy jedním ze zásadních faktorů, který může vést k negativním hemokulturám, jak bylo výše uvedeno. Je nezbytné, aby všichni lékaři, kteří se potenciálně mohou setkat s nemocnými s IE, byli si této skutečnosti vědomi, jakož i doporučení odebrat hemokultury před nasazením antibiotik. Jistě by měl každý lékař vědět víc o tom, jak je třeba hemokultury nabírat, jaké jsou chyby při jejich odběru, počtu apod. [13].

Důležité jsou v příložené práci [2] i nálezy autorů, týkající se absence predisponujících faktorů u velké části nemocných. Predisponující faktory autoři prokázali pouze u zhruba poloviny pacientů (58 %). Podobné jsou i naše vlastní zkušenosti a v žádném případě se nelze v praxi na přítomnost predisponujících faktorů spoléhat.

Nález, že v nemocnicích bez jícnové echokardiografie byla vyšší smrtnost, není velkým překvapením. S touto metodou pracují téměř výlučně kardiologové, u nichž lze předpokládat hlubší znalost problematiky než u všeobecných internistů, případně jiných odborností. Prognosticky nejhorším faktorem je v tomto směru situace, kdy úvodní péči o pacienty s IE zahajuje neurolog, což vzhledem k mozkovým cévním příhodám jistě není výjimečná situace, ukazují to i výsledky práce doc. Beneše a spolupracovníků [2]. Pokud se však na IE myslí, její odhalení nemusí ani v těchto případech představovat větší problém [14]. Dokonce – jak ukazuje Beneš J et al [2] – i IE přijatá na oddělení ORL nemusí odejít nediodagnostikovaná, pokud se na onemocnění myslí.

Literatura

1. Karchmer AW. Infective endocarditis. In: Braunwald E (ed). Heart diseases. Philadelphia: WB Saunders 2005: 1633–1658.
2. Beneš J et al. Endokarditidy 2007. Výsledky multicentrické studie o výskytu

a vlastnostech infekční endokarditidy. Vnitř Lék 2011; 57: 147–154.

3. Gregor P, Krupička J, Línková H et al. Jak často se vyskytují negativní hemokultury u infekční endokarditidy? Cor Vasa 2001; 43: 21–22.
4. Gregor P. Infekční endokarditidy – souhrn pro praxi. Farmakoter. Inform. 12. Tempus Medicorum 2003; 12: 2–4.
5. Gregor P, Krupička P, Línková H et al. Negativní hemokultury u infekční endokarditidy. III. symposium „Infekční endokarditida, vrozené zkratové vady“. Kroměříž 1.–3. 3. 2001.
6. Gregor P. Význam hemokultur u infekční endokarditidy. Bratislava, Výzkumný den Slovenské kardiologické společnosti 3. 11. 2001.
7. Gregor P. Kultivačně negativní infekční endokarditidy. Praha, Spolek lékařů českých, Den Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP, Praha 6. 11. 2001.
8. Hricak V, Liska B, Kovackova J et al. Trends in risk factors and etiology of 606 cases of infective endocarditis over 23 years (1984–2006) in Slovakia. J Chemother 2007; 19: 198–202.
9. Siddiqui BK, Tariq M, Jadoon A et al. Impact of prior antibiotic use in culture-negative endocarditis: review of 86 cases from southern Pakistan. Int J Infect Dis 2009; 13: 606–612.
10. Venditti M. Clinical aspects of invasive candidiasis: endocarditis and other localized infections. Drugs 2009; 69 (Suppl 1): 39–43.
11. Aoki K, Watanabe M, Ohzeki H. Successful surgical treatment of tricuspid valve endocarditis associated with vertebral osteomyelitis. Ann Thorac Cardiovasc Surg 2010; 16: 207–209.
12. Le Dolley Y, Thuny F, Mancini J et al. Diagnosis of cardiac device-related infective endocarditis after device removal. JACC Cardiovasc Imaging 2010; 3: 673–681.
13. Beneš J, Gregor P, Mokráček A. Infekční endokarditida. Doporučené postupy diagnostiky, léčby, dispenzarizace a profylaxe. Cor Vasa 2007; 49: 157–171.
14. Arishima HI, Hosoda T, Handa Y et al. A case of bacterial aneurysm complicated by severe infectious endocarditis. No Shin-kei Geka 2009; 37: 803–809.

prof. MUDr. Pavel Gregor, DrSc.

www.fnkv.cz

e-mail: gregor@fnkv.cz

Doručeno do redakce: 20. 10. 2010