

# Przetoka do tętnicy okalającej w przebiegu gronkowcowego zapalenia wsierdzia zastawki aortalnej

Circumflex coronary artery fistula during staphylococcal aortic valve endocarditis

Ireneusz Jedliński<sup>1</sup>, Katarzyna Katinas<sup>2</sup>, Maria Jamrozek-Jedlińska<sup>2</sup>, Paweł Bugajski<sup>3</sup>,  
Kajetan Poprawski<sup>4</sup>, Marek Słomczyński<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oddział Kardiologiczny, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

<sup>2</sup>Oddział Chorób Wewnętrznych i Hematologii, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

<sup>3</sup>Oddział Kardiochirurgii, Szpital im. Józefa Strusia, Poznań

<sup>4</sup>Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

## Abstract

We presented a very rare case of the fistula to coronary artery during staphylococcal aortic valve endocarditis in a young man. The transesophageal echocardiography detected vegetation on aortic valve leaflets and large regurgitation. During transesophageal echocardiography the peri-anular multi-chamber abscess formation and fistulous communication to circumflex coronary artery was detected.

**Key words:** coronary artery fistula, aortic valve staphylococcal endocarditis

Kardiol Pol 2010; 68, 5: 592–594

## WSTĘP

Infekcyjne zapalenia wsierdzia (IZW) często prowadzi do powikłań pod postacią uszkodzenia zastawki objętej procesem zapalnym i wytworzenia nacieków zapalnych w tkankach przyległych z powstaniem ropni okołozastawkowych. Poniżej przedstawiono przypadek młodego mężczyzny z wielokomorowym ropniem okołozastawkowym w przebiegu IZW z wytworzeniem przetoki między jamą ropnia a światłem tętnicy okalającej.

## OPIS PRZYPADKU

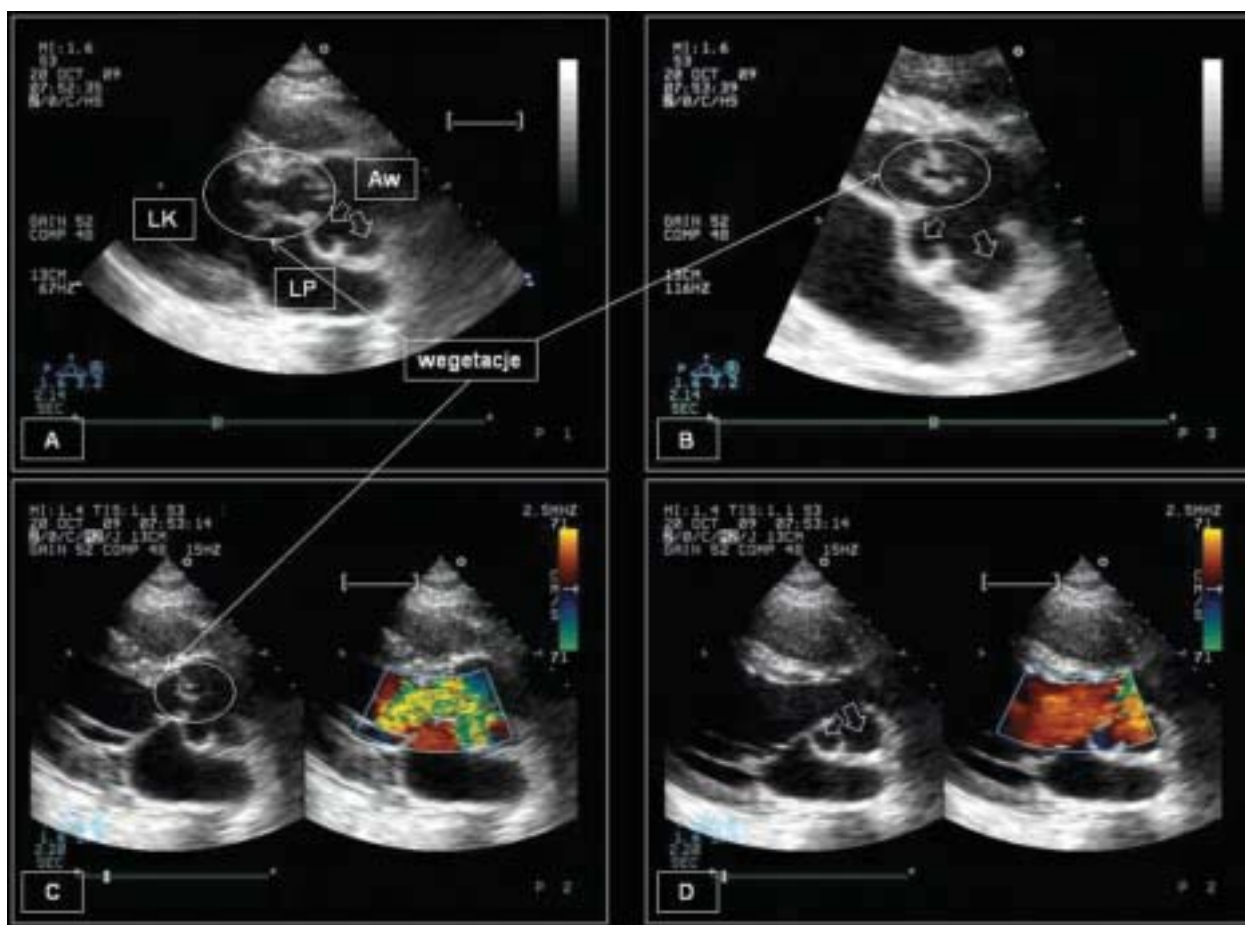
Chorego w wieku 28 lat przyjęto na Oddział Chorób Wewnętrznych i Hematologii w celu diagnostyki przyczyny małopłytkowości oraz z powodu utrzymujących się od kilku dni stanów gorączkowych (do 38,5°C). W dniu przyjęcia pacjent był w stanie ogólnym dobrym. Stwierdzono obecność głośnego

szmeru rozkurczowego w polu osłuchiwania zastawki aortalnej. W badaniu elektrokardiograficznym występowały obniżenia odcinka ST w odprowadzeniach V4–V6. W przezklatkowym badaniu echokardiograficznym stwierdzono obecność dodatkowych, balotujących ech na płątku wieńcowym prawym i niewieńcowym zastawki aortalnej [od strony drogi odpływu lewej komory (LVOT)] oraz co najmniej 2 ropni okołozastawkowych. Zmianom anatomicznym towarzyszyła istotna hemodynamicznie niedomykalność zastawki aortalnej (ryc. 1).

Diagnostykę poszerzono o przezprzełykowe badanie echokardiograficzne, w którym stwierdzono obecność wielokomorowego ropnia okołozastawkowego, odchodzącego od niewieńcowej zatoki Valsalvy, a także przetoki wytworzonej między jedną z komór ropnia a światłem tętnicy okalającej. Nie zaobserwowano wegetacji na płątku wieńcowym lewym oraz na pozostałych zastawkach (ryc. 2).

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Ireneusz Jedliński, Oddział Kardiologiczny, Szpital im. Józefa Strusia, ul. Szkolna 8/12, 61–833 Poznań, e-mail: irejed@wp.pl



**Rycina 1.** Przekłatkowe badanie echokardiograficzne; **A–D.** Projekcje przymostkowe w osi długiej. W części C widoczna szeroka fala zwrotna aortalna. Strzałkami zaznaczono jamy ropnia; LP — lewy przedsionek; LK — lewa komora

W posiewie krwi wyhodowano gronkowca metycylinoopornego. Włączono antybiotykoterapię według antybiogramu. Chory nie doczekał zabiegu. W 2. dobie wystąpiło zatrzymanie krążenia w mechanizmie rozkojarzenia elektromechanicznego. Mimo czynności reanimacyjnych pacjent zmarł.

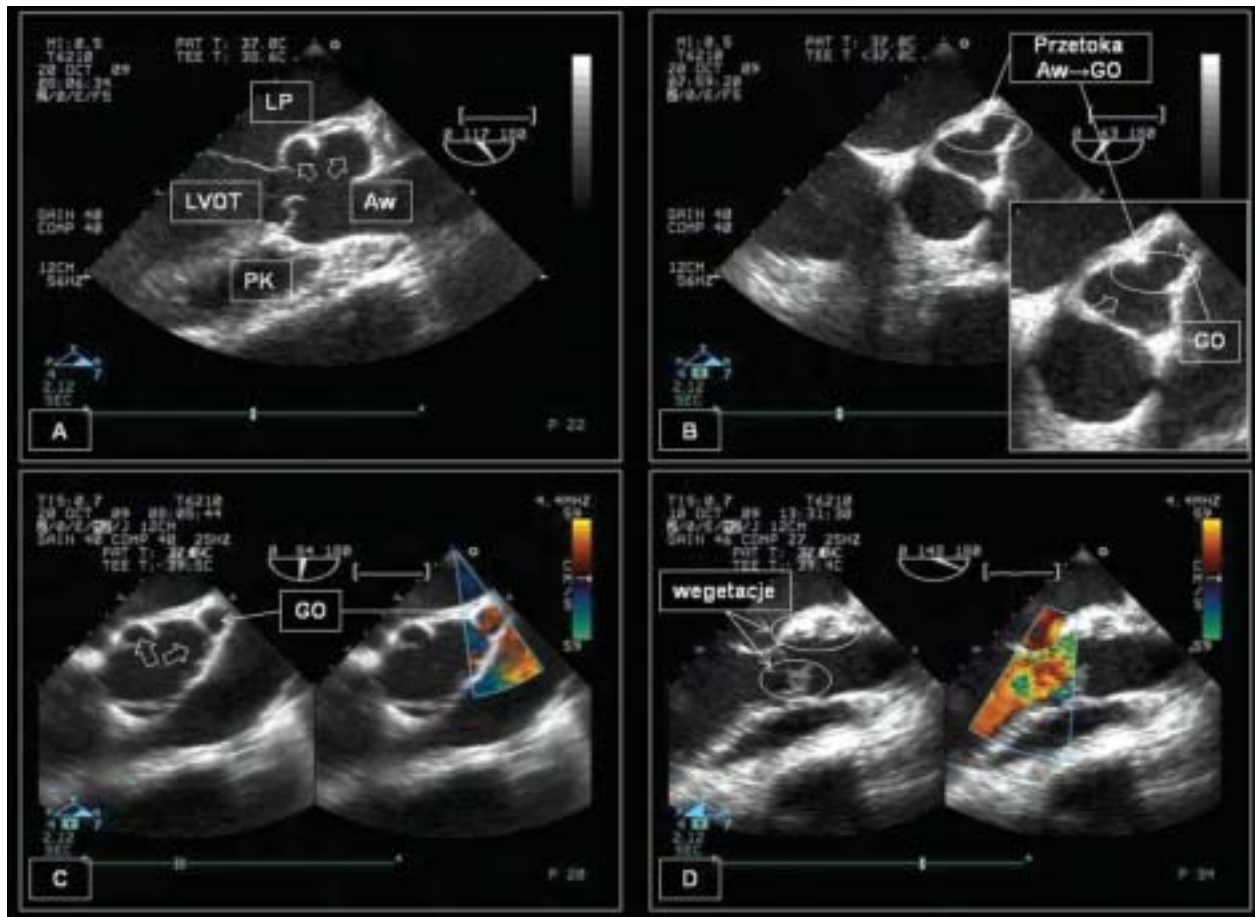
## OMÓWIENIE

Infekcyjne zapalenie wsierdzia jest najczęstszą przyczyną uszkodzenia własnych zastawek serca u młodych chorych. W niektórych przypadkach dochodzi do wytworzenia ropni okołozastawkowych i przetok do sąsiednich jam serca, jednak rzadko powstają połączenia jamy ropnia z tętnicą wieńcową [1, 2]. Wytworzenie przetok w przebiegu IZW dotyczy głównie zmian na zastawce aortalnej. Dochodzi wówczas do wytworzenia nieprawidłowych połączeń między aortą wstępującą a prawą i lewą komorą, przedsionkami lub tętnicą płucną.

Powikłania te dotyczą częściej zastawek implantowanych [3–6].

W opisywanym przypadku doszło do bardzo rzadkiego powikłania przebicia ropnia okołozastawkowego do tętnicy okalającej z wytworzeniem przetoki, co doprowadziło do niedokrwienia ściany bocznej lewej komory, mającego swoje odzwierciedlenie w zapisie EKG.

Najwłaściwszą metodą leczenia przetok wewnątrzsercowych jest chirurgiczne zamknięcie nieprawidłowego połączenia jam serca lub przeszskórne zamknięcie przetoki za pomocą „coila” [7]. Opisano pojedyncze przypadki zamykania za pomocą zapinek Amplatza przecieków okołoprotezowych w ujściu mitralnym, powstałych w konsekwencji procesu zapalnego toczącego się na pierścieniu protezy [8].



**Rycina 2.** Przezprzetykowe badanie echokardiograficzne; **A–D.** Projekcje przetykowe środkowe. Strzałkami zaznaczono jamy ropnia; LP — lewy przedsionek; LK — lewa komora; LVOT — droga odpływu LK; GO — tętnica okalająca; Aw — aorta wstępująca

### Piśmiennictwo

1. Anguera I, Quaglio G, Miró JM et al. Aortocardiac fistulas complicating infective endocarditis. *Am J Cardiol*, 2001; 87: 652–654.
2. Lin YH, Chao CL, Lee YT, Chen SJ, Wang SS. Coronary artery fistula presented as infective endocarditis with pulmonary septic emboli. *Int J Cardiol*. 2005; 98: 159–160.
3. Ozer N, Deniz A, Atalar E et al. Aorta-right atrial fistula: a rare complication of prosthetic aortic valvular endocarditis. *J Am Soc Echocardiogr*, 2007; 20: 538.
4. Coleman JM, Haider B, Cuyjet AB et al. Fatal ascending aorta-to-right ventricle fistula formation after *Staphylococcus aureus* endocarditis of bicuspid aortic valve. *Heart Lung*, 2005; 34: 429–432.
5. Florescu M, Benea DC, Cerin G et al. Aorto-pulmonary fistula as a late complication of multiple valve replacement after *Streptococcus Bovis* endocarditis in a patient with occult colon carcinoma. *J Clin Ultrasound*, 2009; 37: 369–373.
6. Patsouras D, Potsis T, Siogas K. Echocardiographic evolution of prosthetic aortic valve endocarditis with aorto-left atrial fistula formation. *J Am Soc Echocardiogr*, 2009; 22: 210.
7. Baddour LM, Wilson WR, Bayeret AS et al. Infective endocarditis. diagnosis, antimicrobial therapy, and management of complications: a statement for healthcare professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular Surgery and Anesthesia, American Heart Association — executive summary: endorsed by the Infectious Diseases Society of America. *Circulation*, 2005; 111: 3167–3184.
8. Świątkiewicz I, Chojnicki M, Woźnicki M et al. Percutaneous closure of mitral perivalvular leak. *Kardiologia Polska*, 2009; 67: 762–764.