

ČASOVANÁ NÁLOŽ VE STŘEVECH – KDY, KDE A KOMU HROZÍ NEBEZPEČÍ

KOMENTÁŘ K PRÁCI AUTORŮ ŠEMBERA Z. ET AL. AKUTNÍ AORTÁLNÍ REGURGITACE NA PODKLADĚ INFEKČNÍ ENDOKARDITIDY U PACIENTKY S M. CROHN

Jan Šochman

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Interv Akut Kardiol 2006;5:156

Crohnova nemoc jako chronické zánětlivé onemocnění představuje bezpochyby zvýšené riziko přenosu infekce na jiné, většinou nějakým způsobem předurčené místo v těle svého nositele. Tak tomu bylo i v zevrubně popsané kazuistice autorů Z. Šembery a spol. v tomto čísle.

Když pomineme v kazuistice zmíněnou skutečnost, že postižená nemocná příliš nedbala o své zdraví na jedné straně a v literatuře uvedený, poněkud odvážný názor, že Crohnova choroba má také extraintestinální manifestaci na straně druhé⁽¹⁾, je nesporné, že nemocní s touto střevní chorobou patří do kategorie se zvýšeným rizikem pro bakteriální endokarditidu. Platí to jako pro přirozené srdeční chlopně, tak i pro chlopně protézy. V podstatě je jedno, o kterou srdeční chlopně jde. V autory citované práci Kreuzpaintnera a spol. je referován soubor více jak 200 nemocných s ověřenou endokarditidou (bez složky protetické endokarditidy) a na vrub střevních nemocí připadala necelá 3% nemocných; v případě Crohnovy nemoci šlo přibližně o 1%⁽²⁾. U nemocných se střevními nemocemi, které obsahují chronický a zánětlivý charakter (včetně ulcerózní kolitidy) je nutno uvažovat, že jde o poruchu hematoenterální bariéry, a to na relativně velké ploše, nemocní mají i v klidové fázi nemoci vyšší četnost bakteriémie, rizikovost stoupá ve vztahu k četnosti a druhu gastroenterologických výkonů v rámci diagnostiky a kontrol (různé endoskopie, biopsie apod.) a pochopitelně zde může hrát roli i druh medikace^(2,3,4). Pokud je volena imuno-

suprese a kortikoidy, je jasné, že obranná reakce proti zánětům je potlačena, a tím je umožněno, aby se agens usadilo například na srdeční chlopně. Není proto překvapující, že infekce může být i mykotického rázu⁽⁵⁾. Autoři kazuistiky správně kladou důraz na preventivní opatření, kde však bude nutno dosáhnout shody i s gastroenterology stran antibiotického krytí endoskopických výkonů u nemocných s chronickými záněty střeva za situací, kdy je nemocný kardiologem označen a priori za nositele rizika bakteriální endokarditidy. A to s ohledem např. na četnost diagnózy prolapsu mitrální chlopně nebude nikterak malý počet nemocných.

Literatura

1. Wackerlin A, Zund G, Maggiorini M et al. Aortic valve insufficiency in Crohn disease. Schweiz Med Wochenschr. 1997;127:935–939.
2. Kreuzpaintner G, Horstkott D, Heyll A et al. Increased risk of bacterial endocarditis in inflammatory bowel disease. Am J Med 1992;92:391–395.
3. Wong JS. Infective endocarditis in Crohn's disease. Br Heart J 1989;62:163–164.
4. Jones JM, Sarsam MAI. Partial mitral valve replacement for acute endocarditis. Ann Thorac Surg. 2001;72:255–257.
5. Becher H, Grube E, Lüderitz B. Fungal endocarditis of the tricuspid valve in Crohn disease. Z Kardiol 1987;76:182–185.

MUDr. Jan Šochman, CSc.

Klinika kardiologie IKEM, Vídeňská 1958/9, 146 22 Praha 4 - Krč
e-mail: jan.sochman@medicon.cz