

Καρδιακή Απεικόνιση

Μυκητησιακή Ενδοκαρδίτιδα της Άνω Κοίλης Φλέβας: η Συμβολή της Διοισοφαγείου Ηχοκαρδιογραφίας

ΗΛΙΑΣ Κ. ΚΑΡΑΜΠΙΝΟΣ¹, ΜΑΡΙΑ ΚΟΚΛΑΔΗ², ΔΗΜΟΣΘΕΝΗΣ ΚΑΤΡΙΤΣΗΣ³

Α΄ και Γ΄ Καρδιολογική Κλινική, Ευρωκλινική Αθηνών

Λέξεις ευρετηρίου:
Μυκητιασική
ενδοκαρδίτιδα,
άνω κοίλη φλέβα,
ηχοκαρδιογραφία,
candida albicans.

Ημερ. παραλαβής
εργασίας:
29 Νοεμβρίου 2009
Ημερ. αποδοχής:
16 Απριλίου 2010

Διεύθυνση
Επικοινωνίας:
Ηλίας Καραμπίνος

Σολωμού 17
111 47 Γαλάτσι
e-mail: ilias.karabinos@lycos.com

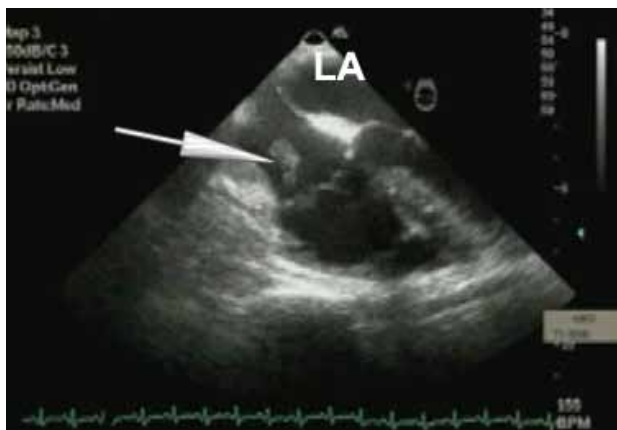
Ασθενής άνδρας 20 ετών με ιστορικό μεταμόσχευσης νεφρού, εμφάνισε επιδείνωση της λειτουργίας του μοσχεύματος και 7 μήνες μετά τη μεταμόσχευση διαγνώσθηκε εστιακή τμηματική σπειροαματοσκληρυνση του μοσχεύματος. Ελάμβανε την κλασική ανοσοκατασταλτική θεραπεία και λόγω της επιπλοκής ετέθη επιπροσθέτως σε πλασμαφαίρεση διαμεσίου μονίμου φλεβικού καθετήρα δια της δεξιάς υποκλειδίου φλεβός, ο οποίος αλλάζετο κάθε 7-8 ημέρες με αυστηρά άσηπτη τεχνική. Η κατάσταση του ασθενούς εξελίχθηκε ομαλά και η πλασμαφαίρεση διακόπηκε. Ένα μήνα μετά τη διακοπή της πλασμαφαίρεσης, ο ασθενής εμφάνισε αφνιδίως υψηλό πυρετό 40^ο με ρίγος. Μολονότι η διαθωρακική ηχοκαρδιογραφία δεν ήταν σαφώς παθολογική, εγέρθηκε υποψία παρουσίας μικρής κινούμενης μάζας στον δεξιό κόλπο. Έτσι 5 ημέρες μετά την εισβολή του πυρετού, ο ασθενής εισήλθε στο Νοσοκομείο μας και υποβλήθηκε σε διοισοφάγειο μελέτη.

Η διοισοφάγειος μελέτη στην τομή των 4 κοιλοτήτων κατέδειξε μια μικρή κινούμενη μάζα (Εικόνα 1 και 2 βέλος) παρά το ελεύθερο τοίχωμα του δεξιού κόλπου, η οποία γειτνιάζει με τον τριγλωχινικό δακτύλιο. Στην επόμενη όμως τομή, μεσοοισοφαγικά στο επίπεδο των κοιλων φλεβών στις 110^ο καταδείχθηκε επιμήκης >4,7 εκ. κινούμενη μάζα, η οποία άρχετο από την εκβολή

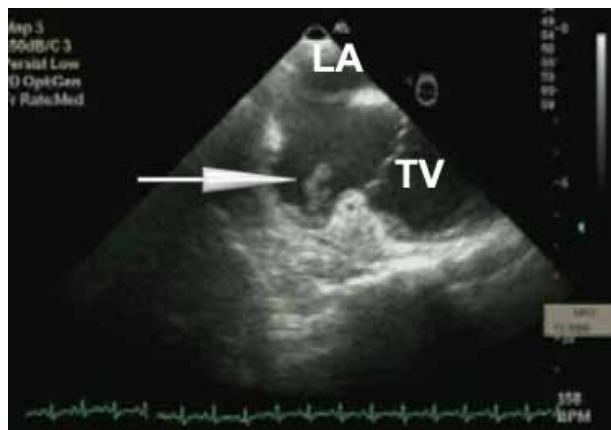
της άνω κοίλης φλέβας στο δεξιό κόλπο (Εικόνα 3, βέλος) προοπίσποντας εντός αυτού συμπλησιάζοντας την τριγλώχινια βαλβίδα (Εικόνα 4, βέλος LA). Οι καλλιέργειες αίματος ήταν θετικές για *Candida Albicans*. Ο ασθενής θεωρήθηκε ότι έπαυχε από μυκητησιακή ενδοκαρδίτιδα συνεπεία παρουσίας διαφλέβιου καθετήρα και ετέθη σε αγωγή με αμφοτερικίνη Β. Λαμβάνοντας υπόψη όμως το μέγεθος της εκβλάστησης, θεωρήθηκε ότι η χειρουργική εξαίρεση της εκβλάστησης θα ήταν προτιμότερη, όπερ και εγένετο. Η παθολογοανατομική εξέταση επιβεβαίωσε την κλινική υποψία της μυκητησιακής ενδοκαρδίτιδας από *candida albicans*.

Συζήτηση

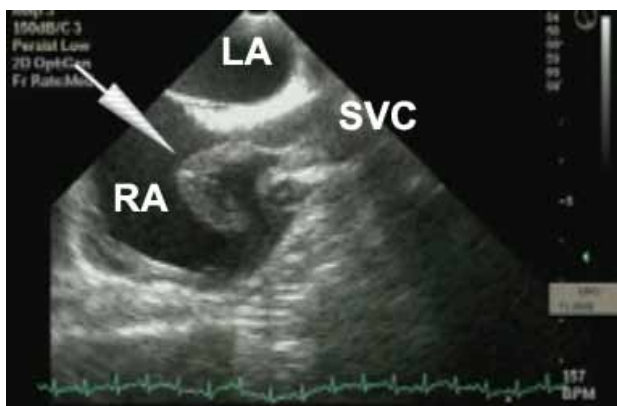
Οι λοιμώξεις οι σχετιζόμενες με διαφλέβιους καθετήρες αποτελούν μείζων παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας¹ και το είδος *Candida Albicans*² αποτελεί αναγνωρισμένη αιτία τέτοιων λοιμώξεων. Σχετικά με τη διαχείριση ασθενών με μικροβιαμμία από μύκητες από ένα διαφλέβιο καθετήρα, οι αποφάσεις για τη θεραπεία θα πρέπει να βασίζονται στη βαρύτητα της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και στην παρουσία επιπλοκών όπως η ενδοκαρδίτιδα.³ Στην περίπτωση που παρουσιάζουμε η παθολογία στην άνω κοίλη φλέβα καταδείχθηκε με τη διοισοφάγειο



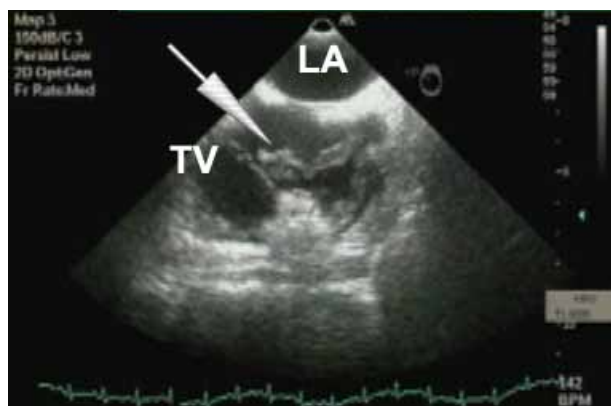
Εικόνα 1. LA: Αριστερός Κόλπος.



Εικόνα 2. LA: Αριστερός Κόλπος, TV: Τριγωνοειδής Δακτύλιος.



Εικόνα 3. LA: Αριστερός Κόλπος, RA: Δεξιός Κόλπος, SVC: Άνω Κοίλη Φλέβα.



Εικόνα 4. LA: Αριστερός Κόλπος TV: Τριγωνοειδής Δακτύλιος.

ηχοκαρδιογραφία, καθότι η διαθωρακική ηχοκαρδιογραφία δεν δύνατο να προσεγγίσει με ακρίβεια τη βλάβη. Συμπερασματικά, η διοισοφαγείος ηχοκαρδιογραφία αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο για τη διάγνωση λοιμώξεων σχετιζόμενων με διαφλέβιους καθετήρες και για τον καθορισμό των κατάλληλων εξατομικευμένων θεραπευτικών επιλογών.

Βιβλιογραφία

1. Raad I, Hanna H, Maki D. Intravascular catheter-related infections: advances in diagnosis, prevention, and management. *Lancet Infect Dis.* 2007; 7: 645-657.
2. Mermel LA, Farr BM, Sherertz RJ, et al. Guidelines for the management of intravascular catheter-related infections. *Clin Infect Dis.* 2001; 32: 1249-1272.
3. Rubinstein E, Lang R. Fungal endocarditis. *Eur Heart J.* 1995; 16: 84