

Dorota Sekura-Bander, Ewa Dworak-Stelmaska, Danuta Kuklińska

**PRZYPADEK BAKTERYJNEGO ZAPALENIA WSIERDZIA (BZW)
WYWOŁANEGO PRZEZ *CORYNEBACTERIUM* GRUPY JK**

Klinika Chorób Zakaźnych PAM w Szczecinie

p.o. Kierownik dr n. med. *A. Oszczak*.

Pracownia Bakteriologiczno-Serologiczna Woj. Szpitala Zespołonego w Szczecinie

Kierownik: lek. med. *B. Lisowska*

Zakład Bakteriologii Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. med. *S. Kalużewski*

Opisano przypadek bakteryjnego zapalenia wsierdza (bzw) wywołanego przez Corynebacterium grupy JK leczonego antybiotykami oraz wszczepieniem sztucznej zastawki aortalnej.

W ostatnich latach wzrosło zainteresowanie maczugowcami innymi niż błonice, określanymi nazwą dyfteroidy. Zaliczono do nich: *C. haemolyticum*, *C. ulcerans*, *C. pseudotuberculosis*, *C. pyogenes*, *C. pseudodiphtheriticum* (hofmanni), *C. equi*, *C. bovis*, *C. xerosis* oraz grupę JK. Niektóre z nich mogą być izolowane ze skóry i błon śluzowych zdrowych ludzi i zwierząt. Zakażenia tymi bakteriami są rzadkie i mają charakter zakażeń oportunistycznych (4, 6). Bakterie z grupy JK wyróżniają się opornością na wiele, powszechnie stosowanych antybiotyków zachowując wrażliwość na wankomycynę. Są przyczyną zakażeń szpitalnych, najczęściej u chorych na nowotwory i po wszczepieniu sztucznych zastawek serca.

OPIS PRZYPADKU

Chory *I.O.* lat 41 (hist. chor. 4648/152/92), pracownik fizyczny, został przekazany ze Szpitala w G. z podejrzeniem ropnia mózgu w przebiegu posocznicy o nie ustalonej etiologii. Do Szpitala w G. przyjęto go z powodu gorączki trwającej od dwóch tygodni. Ambulatoryjnie leczony był ampicylina bez poprawy. W Szpitalu w G. podejrzewano układową chorobę tkanki łącznej, nie wykonywano badań bakteriologicznych, nie stosowano antybiotyków. W 3. tygodniu hospitalizacji wystąpiła wysoka gorączka i zlewne poty, a po kilkunastu godzinach niedowład połowiczny prawostronny z afazją mieszaną. W następnym dniu został przekazany do Kliniki.

W chwili przyjęcia chory przytomny, bez pełnego kontaktu z powodu afazji. Stwierdzono niedowład prawostronny połowiczny, ośrodkowe porażenie n. VII prawego; oddechow i krążeniowo wydolny; nad sercem szmer skurczowy, najgłośniejszy

w punkcie Erba, promieniujący do mostka. RR 140/80, objawy oponowe ujemne, temperatura ciała prawidłowa. Bad. lab.: przyspieszony OB, niedokrwistość niedobarwliwa miernego stopnia, liczba krwinek białych $6320/\text{ml}^3$, przesunięcie leukogramu w lewo. Zapis EKG prawidłowy. Na dzień oka zmiany obrzękowo-krwotoczne ocenione jako zapalne. Płyn mózgowo-rdzeniowy bezbarwny, przejrzysty, cytoza 42, w tym 41 limfocytów i 1 granulocyt; białko, cukier i chlorki w normie, odczyny globulinowe słabo dodatnie. KT głowy wykazała w lewej okolicy skroniowej i częściowo potylicznej strefę hipodenzyjną o wym. $4,8 \times 4,2$ cm i gęstości 8 j.H., nie ulegającą wzmocnieniu po podaniu kontrastu. Wykluczono ropień mózgu, a niejednoznaczny obraz KT oceniono jako pozatorowe ognisko rozmiękania. Posiew krwi wykonano w 1, 2, 3, 4, 6 i 12 dobie – ogółem pobrano 15 próbek krwi. Wstępnie rozpoznano bakteryjne zapalenie wsierdzia oraz zator bakteryjny mózgu z porażeniem połowicznym.

W leczeniu stosowano penicylinę G w dawce 30 Mj dożylnie we wlewach kroplowych oraz chloramfenikol w dawce 2 g/dobę domięśniowo. W 5. dobie, z powodu utrzymującej się wysokiej gorączki podano ceftriakson dożylnie w dawce 2 g/dobę, a odstawiono penicylinę. W 7. dobie chloramfenikol zastąpiono gentamycyną w dawce 240 mg/dobę. Antybiotyki w takim układzie stosowano przez 13 dni.

Z uzupełniającego wywiadu wynikało, że choroba trwała dłużej niż początkowo przyjmowano. Wg żony chorego choroba trwała co najmniej od kilku miesięcy. Podawała, że chory przechodził ropne zmiany okołozębowe i ropień (?) w jamie ustnej na dziąsle, który sam nakłuwał szpilką.

W Klinice obserwowano zmianę nasilenia i charakter szmerów nad sercem, często skurcz i gorączkę septyczną. Stwierdzono śladowy białkomocz i krwiomocz, z moczu wyhodowano pał. *Serratia sp.* w ilości znamiennej, wrażliwe tylko na amikacynę. RTG kl. piersiowej wykazał poszerzenie sylwetki serca. UKG: stwierdzono zmiany odpowiadające dynamicznej wadzie aortalnej ze znacznym ubytkiem zastawki, obecnością warkocza zakrzepowego i rozstrzeni lewej komory oraz czynnościową niedomykalność zastawki mitralnej. Wynik ten potwierdził kliniczne rozpoznanie bzw. RR w tym czasie w granicach 120/20 mm Hg, ciepłota ciała wahała się w granicach stanów podgorączkowych. Zanotowano spadek OB.

Z dwóch próbek krwi pobranych w 4. dobie leczenia wyhodowano szczep *C. pseudodiphtheriticum* wrażliwy na doksycylinę, sefryl, penicylinę, netylmycynę, amikacynę, cefamandol, cefotaksym, ceftriakson, augmentin, wankomycynę i rifampicynę a oporny na ampicylinę, gentamycynę, biseptol, kloksacylinę, erytromycynę i tobramycynę. Opierając się na tym antybiogramie w 14. dobie ponownie podano penicylinę w dawce 27 Mj/dobę we wlewie kroplowym oraz amikacynę w dawce 1 g/dobę. Po 7 dniach w miejsce amikacyny podano pefloksacynę w dawce 800 mg/dobę.

Wyosobniony szczep przekazano do dalszego typowania w Zakładzie Bakteriologii PZH w Warszawie, gdzie określono go jako *Corynebacterium* grupy JK wrażliwy na amikacynę, ciprofloksacynę, wankomycynę i rifampicynę a oporny na penicylinę G, metycylinę, ampicylinę, cefamandol, cefuroksym, gentamycynę, streptomycynę, tetracyklinę, erytromycynę, chloramfenikol. Wynik ten otrzymaliśmy już po wypisaniu chorego z oddziału i nie miał on wpływu na dalsze leczenie. Postępująca niewydolność lewokomorowa serca była przyczyną zakwalifikowania chorego do leczenia operacyjnego. W Klinice Kardiologicznej PAM wykonano zabieg wszczepienia sztucznej zastawki aortalnej z pomyślnym wynikiem.

OMÓWIENIE

W piśmiennictwie polskim, poza doniesieniem *B. Dudkiewicz* i wsp. (1) o 7 przypadkach bzw wywołanego przez *Corynebacterium sp.* nie znaleźliśmy opisów przypadków zakażeń *Corynebacterium* grupy JK. Zwraca się uwagę na coraz częstsze izolowanie tej bakterii od osób z obniżoną odpornością (2, 3, 4, 6, 8), zwłaszcza w przypadkach bzw (4, 5). Podjęta przez nas antybiotykoterapia nie odpowiadała wrażliwości wyosobnionego szczepu, mimo to osiągnięto pewne efekty terapeutyczne, które można łączyć ze synergistycznym działaniem penicyliny i aminoglikozydów (6). W opisanym przypadku rozpoznanie choroby i podjęte leczenie były spóźnione i – mimo małej zjadliwości maczugowców innych niż błonicze – doszło do prawie całkowitego zniszczenia zastawek półksiężycowatych aorty i niewydolności lewo-komorowej.

D. Sekura-Bander, E. Dworak-Stelmaska, D. Kuklińska

BACTERIAL ENDOCARDITIS CAUSED
BY *CORYNEBACTERIUM* GROUP JK – CASE REPORT

SUMMARY

A case of bacterial endocarditis caused by *Corynebacterium* group JK treated with penicillin, chloramphenicol and gentamycin has been described. Finally the artificial aortal valve has been implanted.

PIŚMIENICTWO

1. *Dudkiewicz B., Szewczyk E.*: Med. Dośw., 1993, 45, 3, 357. – 2. *Gill V.J., Manning M., Lamsen P.* i wsp.: J. Clin. Microbiol., 1991, 13, 472. – 3. *Jawetz E., Melnick J.L., Adelberg E.A.*: Przegląd Mikrobiologii Lekarskiej, 1991, 308-313. PZL Warszawa. – 4. *Martinez-Vea A., Costa J., Garcia CV., Bardaji A., Ridao C., Ribas M., Richart C., Oliver J.A.*: Nephrol. Dial. Transplant., 1993, 3, 2, 177. – 5. *Pearson T.A., Braine H.G., Rathbun H.K.*: JAMA, 1977, 238, 1737. – 6. *Stamm W.E.*: Other Corynebacteria. w: *Mandel G.L., Douglas R.G., Bennet J.E.*: Principles and Practice of Infectious Diseases. N.York 1988, 1174. – 7. *Tomkins L.S., Juffali F., Stamm W.E.*: J.Clin. Microbiol., 1982, 15, 350. – 8. *Young V.M., Meyers W.F., Moody M.R.* i wsp.: Am. J. Med., 1981, 79, 646.

Adres: Klinika Chorób Zakaźnych PAM,
71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4