Komentarz

Diabeł tkwi w szczegółach

prof. dr hab. med. Janina Stępińska
Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej w Instytucie Kardiologii w Warszawie-Aninie

Profilaktyka infekcyjnego zapalenia wsierdzia (IZW) do niedawna była stosowana bardzo szeroko. Dotyczy to zarówno chorych, u których zalecano profilaktykę, jak i zabiegów, w których uznawano, że jest ona niezbędna. Obecnie zaleca się ją jedynie w grupie najwyższego ryzyka i tylko w czasie zabiegów naruszających ciągłość śluzówki jamy ustnej. Profilaktyka antybiotykowa nie jest zalecana przy: znieczuleniu miejscowym, zdejmowaniu szwów, prześwietleniach, zakładaniu protez.

Dodatkowo ograniczono stosowanie profilaktyki do jednej dawki antybiotyku, podawanej 30–60 min przed zabiegiem. Jeszcze niedawno zalecano powtórzenie dawki, a nawet 2-dniowe stosowanie antybiotyków.

Kierunek z pewnością jest słuszny, chociaż nie ma pewnych dowodów naukowych.

Amerykanie pierwsi ograniczyli istotnie stosowaną profilaktykę (Wilson i wsp. *Circulation* 2007, przytaczane przez Autorów publikacji). Decydowały względy ekonomiczne, ale nie tylko.

Amerykanie posłużyli się następującymi argumentami:
- bakteriemia związana z codzienną aktywnością częściej jest przyczyną IZW niż spowodowana zabiegami stomatologicznymi oraz zabiegami w obrębie przewodu pokarmowego i układu moczowo-płciowego,
- profilaktyka zapobiega wyjątkowo małej liczbie zachorowań, jeśli w ogóle im zapobiega,
- ryzyko działań niepożądanych związanych z antybiotykiem jest wyższe niż korzyści,
- szerzenie zasad higieny jamy ustnej jest ważniejsze w profilaktyce niż podawanie antybiotyków.

W ślad za zaleceniami amerykańskimi Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ang. *European Society of Cardiology*) również zmieniło zasady profilaktyki, ograniczając ją do grupy wysokiego ryzyka. Grupa wysokiego ryzyka, określona przez zalecenia AHA, jest nieco szersza niż w ESC: obejmuje dodatkowo chorych po przeszczepie serca z nieprawidłową funkcją zastawek.

W zaleceniach ESC również znalazło się uzasadnienie dokonanych zmian:
- nie ma naukowych dowodów na skuteczność profilaktyki,
- większość chorób układu krążenia nie stanowi ryzyka IZW,
- większość procedur nie wiąże się z ryzykiem wystąpienia IZW,
- antybiotyki mogą powodować działania niepożądane,

- szerokie stosowanie profilaktyki może być przyczyną oporności,
- IZW częściej może być spowodowane bakteriemią w jamie ustnej niż zabiegami stomatologicznymi.

Interesująca jest również siła zaleceń. W zaleceniach ESC z 2004 r. stosowanie profilaktyki było zaleceniem klasy IC, co oznacza, że jest to uzgodniona opinia ekspertów i/lub dowody w postaci małych badań, rejestrów, o korzyściach, skuteczności i przydatności tego postępowania.

W zaleceniach z 2009 r. jest to klasa IIaC, co oznacza, że dowody i opinie w większości przemawiają za przydatnością i skutecznością takiego postępowania. Zalecenia amerykańskie są jeszcze słabsze: IIbB, czyli wskazują na słabo potwierdzoną skuteczność profilaktyki.

Brak wskazań do profilaktyki przy wykonywaniu zabiegów w obrębie układu oddechowego, przewodu moczowo--płciowego czy skórze powinien być oczywiście przestrzegany, ale należy pamiętać, że warunkiem niestosowania profilaktyki jest brak infekcji. Innymi słowy – choroba podstawowa może być wskazaniem do zastosowania antybiotyku, ale wtedy jest to leczenie, a nie profilaktyka. Takie podejście jest najczęstszą przyczyną nieporozumeń. Nie wszyscy rozumieją, że podanie antybiotyku może wynikać nie z zaleceń dotyczących profilaktyki IZW, a z wskazań doraźnych, czyli miejscowego zakażenia.

Dużą wagę przywiązuje się do przestrzegania zasad aseptyki podczas wykonywania wszelkich zabiegów czy inwazyjnych procedur diagnostycznych.

Wracając do chorób przyzębia, zasadniczym problemem w Polsce jest brak przestrzegania zasad higieny jamy ustnej i trudności organizacyjne w zakresie opieki stomatologicznej w Polsce.

Jakie są realia? Prawie wszyscy chorzy kierowani do operacji wad zastawkowych wymagają leczenia stomatologicznego. Na ogół im pilniejsze wskazania do operacji, tym więcej zębów do usunięcia. Chorzy z rozpoznanym IZW mają często kilka zębów do ekstrakcji. Bardzo zachęcam do wykonywania posiewów z wyrwanych zębów albo z rany; ułatwia to identyfikację patogenu. W operacjach planowych zaleca się wykluczenie ognisk infekcji na 2–3 tygodnie przed operacją kardiochirurgiczną. Operacja po 1–2 dobach od ekstrakcji oznacza, że jest wykonywana w czasie bakteriemii, czyli zwiększonego ryzyka wystąpienia IZW po operacji.

I wreszcie drobna praktyczna uwaga: wszyscy chorzy z wadami serca przy każdym, nawet ambulatoryjnym kontakcie z lekarzem muszą być informowani o zagrożeniu wynikającym z nieprzestrzegania higieny jamy ustnej. Najprościej jest zalecić mycie zębów po każdym posiłku, stosowanie nici stomatologicznych, kontrolę stomatologiczną co 6–12 miesięcy. Istnieją również doniesienia o szkodliwości gumy do żucia.

Chcielibyśmy, żeby wytyczne oparte były na dużych badaniach z randomizacją. W tej dziedzinie oczywiście takich badań nie było. Badania prospektywne pokażą, czy ograniczenie profilaktyki zmieni zachorowalność na IZW.