

Bibliografie

1. White Kp, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Fibromyalgia in rheumatology practice: A Survey of Canadian rheumatologists. *J Rheumatol* 1995;22:722-726.
2. Starlanyl D, Copeland ME. *Fibromyalgia and Chronic Myofascial Pain Syndrome: a Survival Manual*. Oakland, Calif: New Harbinger Pubs; 1996:7-264.
3. Chaitow L. *Fibromyalgia and Muscle Pain*. Thorsons Pub; 1995:1-205.
4. Clauw DJ. Fibromyalgia: more than just a musculoskeletal disease. *Am Fam Physician*. Sep 1 1995;52(3):843-51, 853-4. [[Medline](#)]
5. Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, et al. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Educ Couns*. Oct 2008;73(1):114-20. [[Medline](#)].
6. Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. *J Musculoskelet Pain*. 1994;2:5-21.
7. Bennett Robert. Myofascial pain syndromes and their evaluation. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007; 21,3:427-445.
8. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.

ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ LA UTILIZATORII DE DROGURI INTRAVENOS, CAZ CLINIC

Valentina Burduja, Alexandra Grejdieru, Minodora Mazur, Ana Știrbul, T. Felecico, Lucia Mazur-Nicorici

Catedra Medicină Internă nr.3 USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul de Cardiologie

Summary

Infective endocarditis of drug users

Infective endocarditis (IE) represents a severe pathology with a high incidence 1,9-6,2 cases per 100000 persons/year and mortality (20-25%). It affects the left heart in 85-90% cases and only in 5-10% the right side. Infective endocarditis of right heart mostly occurs in intravenous drug users (more than 80%). It evaluates with fever, pulmonary and tricuspid syndroms. Recurrent pulmonary embolism represents a major complication of this disease. *Staphylococcus aureus* is the pathogen agent in the majority of cases. The prognosis of IE in the young intravenous drug users is favorable and the mortality rate represents 5%.

Rezumat

Endocardita infecțioasă este o maladie gravă cu mortalitate înaltă (20 – 25%) și incidență de 1,9 – 6,2 cazuri la 100000 persoane/an. În 85 – 90% cazuri, EI afectează cordul stâng, și numai în 5 – 10% cordul drept. Mai mult de 80 % din cazuri de EI a cordului drept se declanșează la utilizatorii de droguri intravenos (UDIV). Tabloul clinic la acești pacienți include sindromul febril, pulmonar și “tricuspid”, embolismul pulmonar recurent fiind complicația majoră a maladii. Agenții patogeni predominanți – stafilococii (preponderent stafilococul auriu). Pronosticul EI la UDIV tineri, fără maladii asociate este favorabil și rata mortalității constituie 5%.

Introducere

Endocardita infecțioasă (EI) este o maladie gravă cu formarea și fixarea grefelor septice pe endoteliul valvular, care poate cuprinde în proces una sau mai multe valve, endocardul mural

sau un defect septal. În ultimile decenii gravitatea maladiei n-a diminuat, ci prezintă o mortalitate înaltă (20 – 25 %) și o incidență de 1,9 – 6,2 cazuri la 100000 persoane/an [4,8]. EI se dezvoltă preponderent la persoane cu leziuni cardiace preexistente (cardiopatii reumatismale, congenitale și degenerative) [1,2], dar în 20 – 30% din cazuri de EI bacteriile se grefează pe un endoteliu intact, necesitând un germen responsabil și o poartă de intrare [3,6]. În țările occidentale cardiopatiile degenerative, protezele valvulare, prolapsul de valvă mitrală au substituit cardiopatiile reumatismale și congenitale, care până la finele anilor 70 constituiau factorii predispozanți principali [6,8]. În decursul anilor au apărut noi factori de risc, care predispun dezvoltarea bacteriemiei: administrarea intravenoasă a drogurilor, cateterele intracardiace și intravenoase menținute timp îndelungat, protezele valvulare, pacemaker-ul intracardiac permanent, etc [6,9].

În 85 – 90% cazuri, EI afectează cordul stâng, și numai în 5 – 10% cordului drept. Mai mult de 80 % din cazuri de EI a cordului drept se declanșează la utilizatorii de droguri intravenos (UDIV) [3,7]. Tabloul clinic al pacienților cu EI de cord drept este caracterizat prin trei sindroame: febril, pulmonar și “tricuspid”. Febra hectică persistă aproape întotdeauna. Semnele predominante decelate sunt embolia pulmonară septică, ceea ce este în defavoarea stabilirii diagnosticului precoce, inducând gândirea clinică spre un proces pulmonar inflamator. Prezența unui suflu cardiac la acești pacienți este rară, din această cauză pilonii principali în stabilirea diagnosticului de EI sunt hemoculturile pozitive și manifestările ecocardiografice caracteristice EI [2,8]. Agentul patogen predominant în EI de cord drept este stafilococul auriu. Conform datelor literaturii pronosticul EI la UDIV tineri, fără maladii asociate este favorabil și rata mortalității constituie 5% [3,8]. Diagnosticul de EI la UDIV se stabilește tardiv și deci și tratamentul adecvat se va indica cu întârziere, ceea ce va conduce la complicații și uneori deces. Din aceste considerente am fost motivați să analizăm și să prezentăm acest caz clinic.

Pacientul D., 33 ani, numărul fișei medicale 5129/453, a fost internat în secția cardiologie nr.4 a IMSP Institutul de Cardiologie cu acuze la febră trenantă, frisoane, transpirații nocturne, dispnee la efort fizic minimal, tuse seacă, fatigabilitate. Istoricul maladiei a debutat în ianuarie 2008 prin febră și furunculoză. Pacientul nu s-a adresat la medic, aplicând local unguent antiseptic. Peste o lună, în urma unei supraraceli, pacientul din nou a prezentat cifre înalte de febră – 38,5 – 39°C, tuse, frisoane, dispnee la efort fizic minimal. S-a adresat la medicul de familie, care a presupus o pneumonie, ulterior confirmată la radiografia pulmonară și a fost internat în secția de pulmonologie, efectuând tratament antibacterian timp de 10 zile, cu externare într-o stare relativ satisfăcătoare. Însă peste 3 săptămâni, bolnavul se prezintă repetat la medicul de familie cu reapariția febrei și tuse seacă. Se repetă tratamentul antibacterian, însă febra persistă. Luînd în considerare faptul că pacientul este utilizator de droguri intravenos timp de 10 ani, recidivarea furunculozei și prezența cariei dentare multiple, medicul de familie suspectă endocardită infecțioasă și internează pacientul în secția cardiologie IV a Institutului de Cardiologie pentru confirmarea diagnosticului și alegerea tratamentului antibacterian adecvat. Anamnestical vieții: fumător activ timp de 15 ani, utilizator de droguri pe cale intravenoasă timp de 10 ani.

Date obiective: febră – 38,8°C, frecvența respiratorie – 24 respirații pe minut, FCC – 110 bătăi pe minut, TA – 110/70 mm Hg. Tegumentele palide, auscultativ în plămâni – murmur vezicular diminuat inferior bilateral, raluri umede, zgomotele cardiace ritmice, zgomotul I diminuat în regiunea apexului, sufluri patologice nu se auscultă, splenomegalie moderată la palpare. Carii dentare multiple.

Datele de laborator: hemoculturi pozitive repetate – Staphylococcus epidermidis sensibil la cefalosporine, vancomicină, rezistent la peniciline, gentamicină, eritromicină, anemie microcitară (Hb-98g/l), leucocitoză cu neutrofile polinucleară (11,2), VSH – 62 mm/oră, CIC – 177 Un, ASL-O - 400Un.

Radiografia cutiei toracice relevă: la nivelul plămînii drept în lobul inferior, segmentul bazal – infiltrate pulmonare cu semne de distrucție.



Figura 1. Pacient D., 33 ani.
Infiltrații pulmonare în lobul inferior pe dreapta cu semne de distrucție.



Figura 2. Pacient D., 33 ani
Vegetații mari pe valva tricuspida.

Examenul ecocardiografic bidimensional cu Doppler color evidențiază: dilatare considerabilă a AD (62 mm), moderată a AS (49mm), VD (32mm). Vegetație mare, mobilă cu diametru de 22 mm pe valva tricuspida. Doppler EcoCG: insuficiența VT gr.III, insuficiența VM gr.II.

USG ogranelor interne: s-a vizualizat splenomegalia de talie moderată. ECG – ritm sinusal cu frecvența contracțiilor cardiace - 92 bătăi pe minut, AEC verticală, bloc de ram drept a f.Hiss .

Pacientul a administrat tratament cu Ceftriaxon 4gr/zi intravenos și Ciprinol 800 mg/zi intravenos perfuzii, timp de 6 săptămâni cu efect pozitiv, diuretice, digitalice i/v, antifungice, inhibitori enzimei de conversie. La finele tratamentului conservativ a fost consultat de cardiocirurg și i s-a indicat corecția chirurgicală a valvei tricuspide.

Concluzii

Pacientul D, 33 ani, consumator de droguri intravenos, dezvoltă o endocardită infecțioasă a cordului drept pe valve intacte, sursa bacteriemiei fiind administrarea intravenoasă a drogului, furunculoza și cariile dentare. Manifestările clinice caracteristice - sindromul febril și „sindromul tricuspida” care include evenimente pulmonare recurente, fără modificări auscultative la tricuspida, anemie, leucocitoză, VSH majorat. Conform criteriilor de diagnostic pentru EI (DUKE) au fost prezente 2 semne majore pentru a confirma EI definită microbiologic pozitivă: la ecocardiografie s-au depistat vegetații mari, mobile pe valva tricuspida (22mm) și a fost înșămîntat Stafilococul epidermidis din 3 hemoculturi repetate. La radiografia cutiei toracice se vizualizează în regiunea inferioară plămânului drept infiltrații pulmonare cu semne de distrucție. În urma tratamentului antibacterial combinat, conform schemelor standart procesul infecțios s-a rezolvat definitiv, însă pacientul necesită corecție chirurgicală a valvei tricuspide din cauza regurgitării manifeste.

Bibliografie

1. Castillo JC, Anguita MP, Tores F, Siles JR, Mesa D, Valles F. Factores de riesgo asociados a endocarditis sin cardiopatía predisponente.// Rev Esp Cardiol 2002, 55: 304-7
2. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service.// Am J Med. 1994, 96: 200-209
3. Lejko-Zupanc T, Kozelj M, Kranjek I, Pikelj F. Right sided endocarditis: clinical and echocardiographic characteristics.// Journal of Clinical and Basic Cardiology 1999, 2 (Issue 1), : 81-84
4. Meshabi R, Chaara A, Benoman M. L'endocardite infective du coeur droit. A propos de 10 observations.// Arh Mal Coeur 1991, 84 : 355-359
5. Miro JM, del Rio A, Mestres CA. Infective endocarditis and cardiac surgery in intravenous drug abusers and HIV-1 infected patients.//Cardiol Clin. 2003, 21: 167-184

6. Varona Jose F., Guera Juan M. Tricuspid valve Endocarditis in a Nonadicted patients Without Predisponding Myocardopathy//Revista Espaniola de Cardiologia. 2004, 57: 993 -96.
7. Varona Jose F.,Guera Juan M.Tricuspid valve Endocarditis in a Nonadicted patients Without Predisponding Myocardopathy // Revista Espaniola de Cardiologia,2004, 57: 993 – 96
8. Știrbul A., Grejdieru A., Panfile E., Guranda I., Mazur M, Felicico T., Ciobanu N., Endocardita infecțioasă a cordului drept, profilul și caracteristica clinic.// Buletinul AȘRM. 2008. 4(18): 97-101.

ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ DE CORD DREPT LA UN PACIENT CU TETRADA FALLOT, CAZ CLINIC

Svetlana Marandiuc, Alexandra Grejdieru, Minodora Mazur, Ana Știrbul

Catedra Medicina Interna nr. 3, IMSP USMF “Nicolae Testemițanu”, Institutul Cardiologie

Summary

Right-sided infective endocarditis in a patient with Fallot's tetrad, clinical case

Infective endocarditis is a serious disease with training of septic grafts on the valvular endothelium. Right-sided IE develops only in 5 - 10% cases, most commonly at the users of intravenous drug, and less frequently in patients with cardiac pre-existing diseases such as congenital cardiopathys. Clinical manifestations characteristic for this category of patients are febrile syndrome, auscultatory minor changes to tricuspid valve, anemia, leucocytosis and hematuria. EcoCG determines vegetation on the tricuspid valve and on the pulmonary artery. The combined treatment with β - lactam antibiotics and third- generation cephalosporins will be lasting 4 - 6 weeks to complete eradication of the infection.

Rezumat

Endocardita infecțioasă este o maladii gravă cu formarea grefelor septice pe endoteliul valvular. EI de cord drept se dezvoltă numai în 5 – 10% cazuri, cel mai frecvent la utilizatorii de droguri intravenos, și mai rar la pacienții cu maladii cardiace preexistente, inclusiv cardiopatii congenitale. Manifestările clinice caracteristice acestei categorii de pacienți sunt: sindromul febril, modificări auscultative minore la tricuspidă, anemie, leucocitoză și hematurie. La EcoCG se determină vegetații pe valva tricuspidă și/sau valva arterei pulmonare. Tratamentul combinat cu antibiotice, conform sensibilității agentului patogen de cel puțin 4 – 6 săptămâni, până la eradicarea completă a infecției.

Introducere

Endocardita infecțioasă (EI) este o infecție microbiană endovasculară a structurilor cardiovasculare (valve native, endocard ventricular sau atrial), inclusiv endarteriita vaselor intratoracice mari (în canal arterial patent, în șunturi arterio - venoase, în coarctăție de aortă), sau a corpilor intracardiaci străini (valve prostetice, pacemaker sau defibrilator intracardiac), relevată în fluxul sanguin.[7]

EI este o afecțiune cu incidența 1,9 – 6,2 cazuri la 100000 de persoane/an și mortalitate înaltă (20 – 25%) [2]. La 1/3 din pacienți EI se dezvoltă pe fond de maladii cardiace preexistente (cardiopatii reumatismale, congenitale și degenerative) [1].

Mai frecvent, în 85-90 % cazuri, EI afectează cordul stâng (valva mitrală și/sau valva aortică), și numai în 5-10% cazuri cordul drept (valva tricuspidă și/sau valva arterei pulmonare).

Cu toate că EI a cordului drept se consideră maladia utilizatorilor de droguri intravenoase (UDIV), și în țările occidentale atinge 80% din cazuri, ea poate să se dezvolte și la