

2. Braun J, Sjeper J/ Inception cohorts for spondylarthropathies. In: Z Rheumatolog, 2000; 59; 117-23.
3. Marie Solignac. Sensibilisation aux modalites de prise e n charge des pathologies inflammatoires chroniques _ Masson, Paris, Presse Med 2005 ; 34 :11(supll) 3-15
4. Pierre Khalifa /Rhumatologie/ 2002
5. Roșu Anca. Spondiloartropatii seronegative./ Craiova ; Editura Universală 2004

PARTICULARITĂȚILE ENDOCARITEI INFECȚIOASE DE CORD DREPT

Svetlana Marandiuc, Ecaterina Testemițanu, Alexandra Grejdieru,

Minodora Mazur, Lucia Mazur – Nicorici

Catedra Medicina Interna nr. 3 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The particularities of right-sided infective endocarditis

Right-sided infective endocarditis (RS IE) is considered to be the isolated lesion of the tricuspid valve and/or the pulmonary valve. RS IE develops only in 5 - 10% cases, affecting most frequently the young men. Although the RS IE is mainly considered to be the disease of intravenous drug users (IVDU), it can develop in non-IVDU population, mainly in patients with congenital heart disease (tetralogy of Fallot, VSD), pacemaker bearers, prolonged maintenance of intravenous catheters, skin and gynecological infections, especially in people with comorbidity. RS IE develops acutely with fever syndrome, destructive pneumonia, lung abscess, moderate changes in cardiac auscultation, which may lead to diagnostic errors in favor of pneumonia.

Rezumat

Endocardita infecțioasă de cord drept (EI CD) este o infecție endovasculară a cordului cu afectarea izolată a valvei tricuspide și/sau valvei arterei pulmonare. EI de CD se dezvoltă mai rar, în 5 – 10% cazuri, afectând mai frecvent bărbații de vârstă tânără. Cu toate că EI de CD se consideră maladia utilizatorilor de droguri intravenoase (UDIV), ea se dezvoltă și la persoanele non UDIV, preponderent la pacienții cu cardiopatii congenitale (tetrada Fallot, DSV), purtătorii de pacemaker permanent, bolnavii cu menținerea îndelungată a cateterelor intravenoase, cu infecții tegumentare și ginecologice, mai cu seamă la cei cu comorbidități. EI de CD evoluează acut cu sindrom febril, pneumonii distructive, abcese pulmonare, complicații trombotice, modificări stetacustice cardiace modeste ce pot genera erori diagnostice în favoarea pneumoniilor.

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 corpiilor intracardiace străini (valve protetice, pacemaker sau defibrilator intracardiac), relevantă în fluxul sanguin [6].

Incidența EI este 1,9 – 6,2 cazuri la 100000 de persoane/an și mortalitatea este înaltă, 20 – 25% [6, 5]. La 1/3 din pacienți EI se dezvoltă pe fond de maladii cardiace preexistente (cardiopatii reumatismale, congenitale și degenerative) [2]. Mai frecvent, în 85-90 % cazuri, EI afectează cordul stâng (CS) (valva mitrală și/sau valva aortică), și numai în 5-10% cazuri cordul drept (valva tricuspida și/sau valva arterei pulmonare) [11].

Creșterea numărului de proceduri invazive; instalarea cateterelor intravenoase și intracardiace menținute timp îndelungat; aplicarea hemodializei; implantarea pacemaker-lui permanent și defibrilatorului cardiac; cardiopatiile congenitale cu șunturi stânga-dreapta;

extensiunea narcomaniei și toxicomaniei în țara noastră care determină afectarea cu predelecție a endocardului cordului drept prezintă o problemă actuală în medicină.

Scopul lucrării

Studierea particularităților evoluției endocarditei infecțioase de cord drept.

Material și metode de cercetare

Studiul a inclus 50 pacienți cu EI definită: 49 - internați în secția cardiologie nr. IV a Institutului de Cardiologie în perioada noiembrie 2008 - martie 2010 și un pacient din spitalul Erasmus, Bruxelles, Belgia, examinat în timpul stagiului practic. Pacienții au fost repartizați în 2 loturi de studiu: I lot – 8 pacienți (16%) cu EI de CD, lotul II – 42 pacienți (84%) cu EI de CS. În studiul efectuat au predominat bărbații (68%), raportul bărbați/femei fiind 2:1 cu vârstă medie de $43,1 \pm 0,6$ ani. Diagnosticul de EI s-a stabilit în baza criteriilor modificate DUKE. Pacienții din studiu au fost examinați după o fișă specială, întocmită de noi, care a inclus: datele pașaportale, diagnosticul de trimitere, acuzele la internare, factorii declanșatori, debutul maladiei, datele obiective, cercetările paraclinice, complicațiile și tratamentul administrat.

Rezultate și discuții

Conform scopului propus am examinat pacienții cu EI de cord stâng și cord drept pentru a delimita particularitățile evoluției EI de CD. Analizând rezultatele afectării compartimentelor cordului la pacienții incluși în studiu, am constatat că EI de CD se întâlnește mai rar în 16%, comparativ cu EI de CS – 84%, raportul fiind 1:5.

Separat am analizat gender-ul pacienților cu EI de cord drept și stâng.

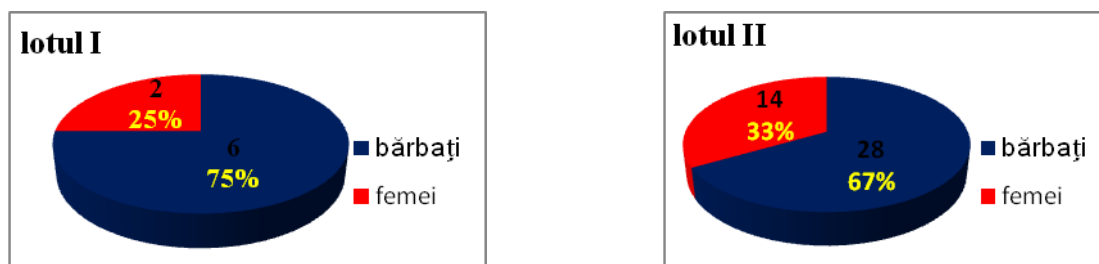


Figura 1. Gender-ul pacienților cu EI din loturile de studiu.

Din figura 1 se observă o afectare predominantă a bărbaților – 6 pacienți (75%) în lotul I (EI de cord drept) și respectiv – 28 pacienți (67%) în lotul II (EI de cord stâng), dar cu o prevalență mai înaltă la cei cu EI de CD, date relatate și în literatură, explicate prin utilizarea mai frecvent de către bărbați a drogurilor intravenoase [4,12]. Astfel, EI la UDIV se dezvoltă mai frecvent la bărbați, raportul reprezentând 3:1 [4].

Analizând pacienții din loturile de studiu conform vârstei, figura 2, specificăm că EI de CD s-a instalat preponderent la pacienții cu vârsta mai tânără- 25% până la 20 ani și 50% de 21-44 ani, vârsta medie a constituit $38,3 \pm 0,5$ ani, comparativ cu $51,3 \pm 0,7$ ani în EI CS.

Astfel, în baza cercetării efectuate, observăm că pacienții tineri pot dezvolta mai frecvent EI de cord drept, rezultatele fiind similare cu datele din literatură și explicate prin factorii predispozanți (UDIV, cardiopatii congenitale), iar EI de cord stâng este prerogativa pacienților de vârstă medie și înaintată, factorii de risc fiind cardiopatiile reumatismale și degenerative cu frecvente comorbidități [1,4,7,8].

Diagnosticul de trimitere la majoritatea pacienților cu EI de CD (87,5%) a coincis cu cel stabilit ulterior, în comparație cu o divergență înaltă la bolnavii cu EI de CS (57,1%), explicația fiind suspiciunea înaltă a medicilor față de pacienții febrili: UDIV, purtătorii de pacemaker și cardiopatii congenitale. Acest fapt explică și stabilirea mai precoce a diagnosticului de EI la pacienții cu EI de CD, în 2,3 luni versus 3,1 luni la cei cu EI de CS.

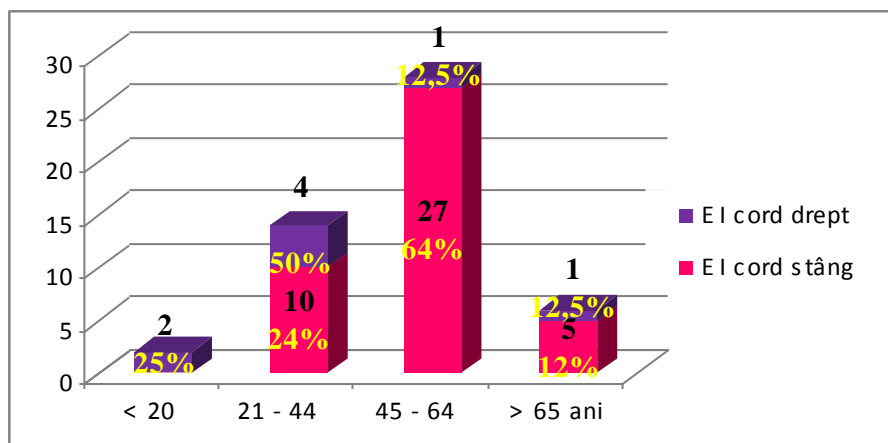


Figura 2. Vârsta pacienților cu EI din loturile de studiu examinate.

Analizând factorii predispozanți în EI, am obținut următoarele date prezentate în figura 3. EI de CD în cadrul studiului nostru s-a dezvoltat preponderent la UDIV (37,5%), la purtătorii de pacemaker (25%), urmași de cei cu cardiopatii congenitale, tetrada Fallot (12,5%), infecțiile cutanate au constituit poarta de intrare a bacteriemiei în 25%, comorbiditățile mai frecvente fiind insuficiența renală- 25% și diabetul zaharat- 12,5%. Pe când, EI de CS s-a dezvoltat preponderent la pacienții cu valvulopatii reumatismale (26,2%) și purtătorii de proteze valvulare (14,3%), dintre infecții au dominat infecțiile dentare (gingivite, extracții dentare, nerespectarea igienii dentare) – 42,9 %, fiind urmate de infecțiile respiratorii- 23,8%, iar dintre comorbidități mai importante fiind ciroza (4,8%) și cancerul (2,4%).

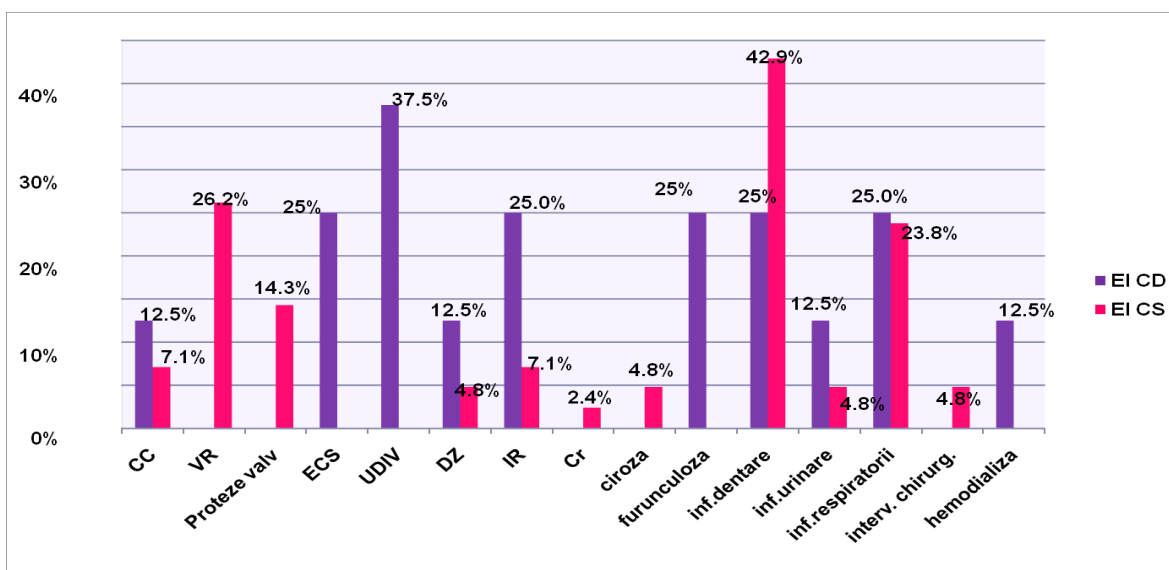


Figura 3. Factorii favorizanți a pacienților cu EI.

Conform tabloul clinic (figura 4), toți pacienții cu EI de CD din studiu au prezentat sindromul febril cauzat de evoluția acută a maladiei, trigerr-ul agresiv (stafilococcul auriu și bacilii gram negativi), embolismul pulmonar recurent, iar la cei cu EI CS maladia a debutat în 10% cazuri afebril din cauza vârstei înaintate a pacienților și patologiei imunocompromise, în acest lot predominând semnele insuficienței cardiace, simptome neurologice, musculoscheletale și vasculare.

Complicațiile EI, în cadrul studiului nostru, au fost: insuficiența cardiacă congestivă - 26 pacienți (52%); trombembolii - 18 pacienți (36%); glomerulonefrita și insuficiența renală - 13 pacienți (26%); complicații neurologice - 9 pacienți (18%); șoc septic - 3 pacienți (6%).

Embolismul pulmonar recurent (figura 5) a fost complicația principală a EI de CD și s-a dezvoltat la 7 pacienți (87,5%), caracterizat prin pneumonii septice cu distrucție în 50% cazuri,

abces pulmonar și infarct pulmonar în câte 12,5% cazuri, iar în EI de CS această complicație a survenit rar, în 4,8% cazuri, la pacienții cu afectare trivalvulară.

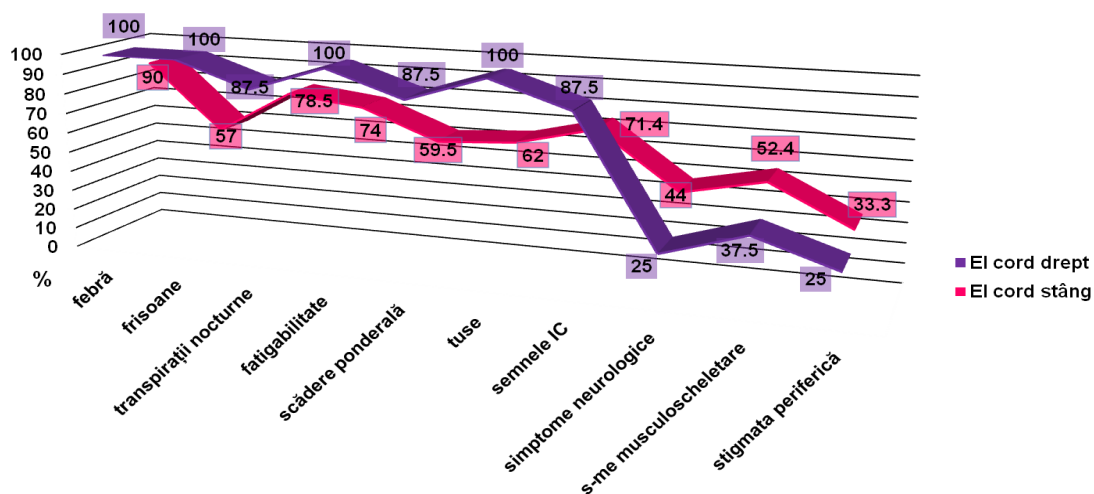


Figura 4. Manifestările clinice la pacienții cu EI.

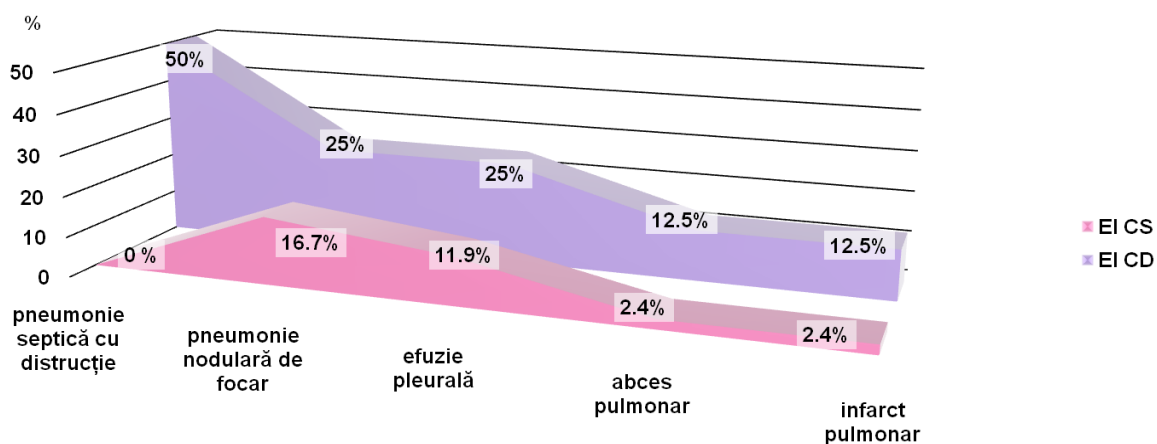


Figura 5. Embolismul pulmonar recurent la pacienții cu EI.

În majoritatea cazurilor radiografia toracelui nu a evidențiat semne caracteristice pentru infarctul pulmonar, fiind relevate diferite variante de infiltrații pulmonare.



Figura 6. Pacientul Z, 23 ani. Focare infiltrative multiple cu semne de distrucție.

Emboliile sistemice au fost semnalate la pacienții cu EI de CS în 26,2% cazuri, preponderent la cei cu afectarea valvei aortale, dintre care mai frecvent au fost emboliile cerebrale- 45,5%, urmate de cele renale – 27,3%, iar la pacienții cu EI de CD embolii sistemice nu s-au notat.

Deoarece, conform criteriilor Duke [3], EI definită include 2 criterii majore: hemoculturi pozitive și demonstrarea implicării endocardului prin examenul ecocardiografic, am cercetat rezultatele hemoculturii la pacienții incluși în studiu (figura 7). La pacienții cu EI CD hemocultura (HC) a fost pozitivă în 62,5%, cu prevalarea înșămânțării stafilococului auriu, iar în EI CS agentul patogen s-a depistat numai în 23,8% cazuri, cu prevalarea streptococului viridans.

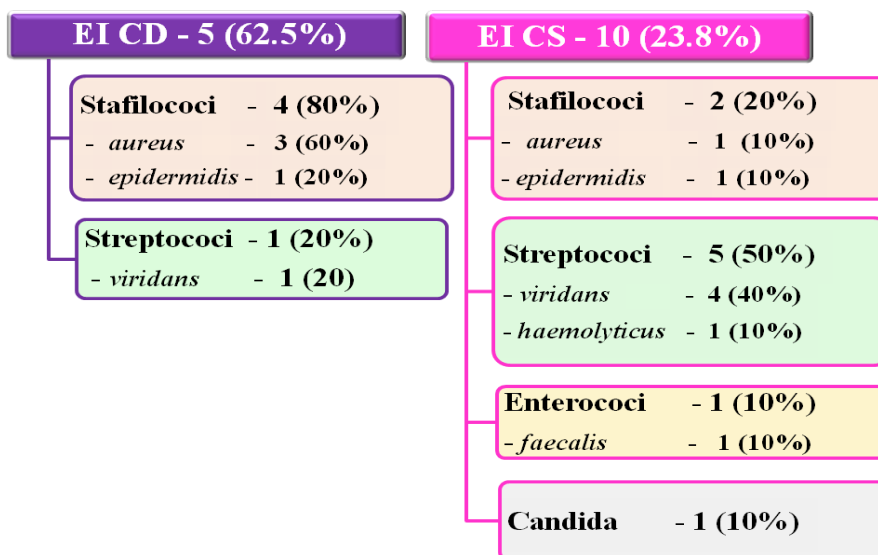


Figura 7. Trigger-ul pacienților cu EI de cord drept și EI de cord stâng.

Hemocultura este testul de laborator fundamental pentru stabilirea diagnosticului de EI definită microbiologic pozitivă. Hemocultura poate fi negativă dacă: bacteriemia este intermitentă sau paucibacteriană; cauzată de microorganisme care necesită medii de creștere speciale; proba este recoltată după instituirea terapiei antibacteriene.

Al 2-lea criteriu major a EI sunt schimbările ecocardiografice caracteristice.

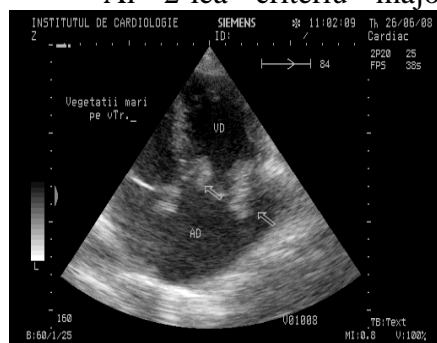
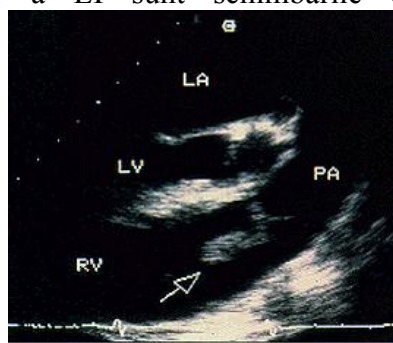
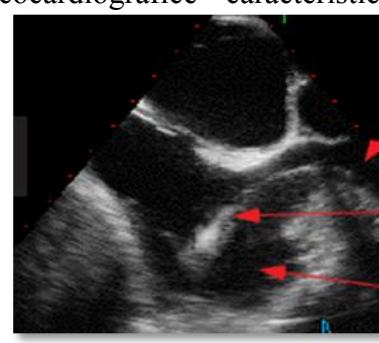


Figura 8. Pacientul Z., 23 ani, vegetații mari pe VTs;



Pacienta S, 36 ani, vegetații izolate pe Vap;



Pacienta T, 65 ani, vegetații pe sonda pacemaker.

Analizând afectarea valvelor (figura 9) în EI de CD la pacienții din studiu predomină afectarea VTs în 62,5%, urmată de cea a VAP - în 25% cazuri și valva Eustache în 12,5%, atunci când EI CS atinge VAO în 50%, VM în 45,2% și VTs (în combinație cu VAO și VM) în 4,8% cazuri.

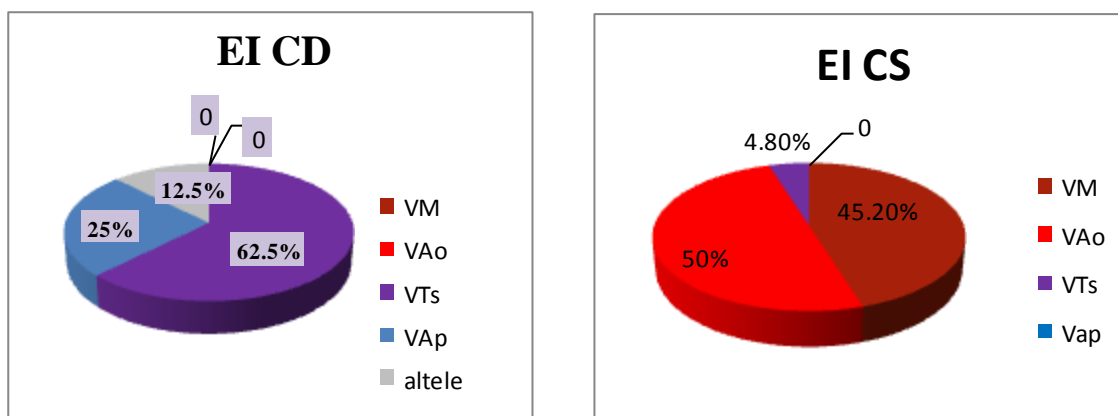


Figura 9. Localizarea vegetațiilor la pacienții cu EI incluși în studiu.

În EI de CD s-au depistat vegetații la toți pacienții (100%), iar în EI CS doar la 72%, vegetațiile mobile și imobile la pacienții din lotul I au fost câte 50%, iar la cei din lotul II au prevalat vegetațiile imobile (41% versus 31%). Menționăm că în cadrul vegetațiilor mobile riscul declanșării tromboembolismului crește [9,10]. Deci analizând incidența tromboembolismului versus mobilitatea vegetațiilor constatăm că din 38 pacienți cu grefe microbiene la 66,6% (5 pacienți) cu EI de CD și la 85,7% (27 pacienți) cu EI CS vegetațiile au fost mobile, iar la 33,3% (2 pacienți) și 14,3% (4 pacienți) imobile. Un alt factor a declanșării embolismului sunt dimensiunile vegetațiilor. Conform dimensiunilor vegetațiilor depistate la pacienții din studiu menționăm că în EI de CD predomină vegetații de dimensiuni medii în 50% cazuri, iar în EI de CS vegetațiile mici în 64% cazuri.

Concluzii

1. EI de CD are o incidență net inferioară în comparație cu EI de CS, se întâlnește mai frecvent la bărbați, cu media de vârstă la debut mai mică decât la pacienții cu EI de CS.
2. EI de CD se dezvoltă preponderent pe valve intacte, mai frecvent la utilizatorii de droguri intravenoase, purtătorii de pacemaker cardiac și pacienții cu cardiopatii congenitale care au suferit infecții supurative tegumentare și odontogene, manipulații ginecologice, intervenții chirurgicale, pneumonii stafilococice.
3. Agentul etiologic predominant la pacienții cu EI de cord drept a fost stafilococul auriu, iar în EI de cord stâng- streptococul viridans.
4. În EI de CD greșea microbiană afectează valva tricuspidă și valva arterei pulmonare, cu vegetații de dimensiuni medii, mobilitatea acestora fiind atestată în 50% cazuri.
5. EI de CD evoluează acut cu sindrom febril, pneumonii distructive, abcese pulmonare, modificări stetocustice cardiace modeste ce pot genera erori diagnostice în favoarea pneumoniilor.
6. În EI de CD este caracteristic tromboembolismul pulmonar, iar pentru pacienții cu EI de CS tromboembolismul sistemic și insuficiența cardiacă congestivă.

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. Czernichow Pierre. Santé et environnement, Maladie transmissibles. Elsevier Masson, 2006, 107-118.
3. Durack DT., Lukes AS., Bright DK and the DUKE ENDOCARDITIS SERVICE. New criteria for diagnosis of infective endocarditis : utilization of specific echocardiographic findings. Am J Med, 1994, 96: 200-209.
4. Engemann John, Sexton Daniel J. Infective endocarditis in injection drug users. UpToDate, 2007.
5. Francois Jan. Cardiologie, edition 2, Elsevier Masson 2005, 239-250.

6. Ghidul European de Prevenție, Diagnostic și Tratament a Endocarditei Infecțioase, 2009.
7. Hill, EE, Herijgers, P, Claus, P, et al. Infective endocarditis: changing epidemiology and predictors of 6-month mortality: a prospective cohort study. *Eur Heart J* 2007; 28:196.
8. Wilson LE, Thomas DL, Astemborski J, Freedman TL, Vlahov D. Prospective study of infective endocarditis among injection drug users. *J Infect Dis* 2002; 185:1761–1766.
9. Heinle S, Wilderman N, Harrison JK et al. Value of transthoracic echocardiography in predicting embolic events in active infective endocarditis. Duke endocarditis service. *Am J Cardiol.* 1994, 74:799-801.
10. Jaffe WM, Morgan DE, Pearlman AS, Otto CM. Infective endocarditis 1983-1988:echocardiographic findings and factors influencing morbidity and mortality. *J Am Coll Cardiol.*1990, 15: 1227-1233.
11. Știrbul A., Grejdieru A, Mazur M. Protocolul Clinic Național „Endocardita infecțioasă la adult”, Chișinău, 2008.
12. Шустваль Н.Ф., Дмитренко В.М., Екимова Н.А., Калюжный В.А. Инфекционный эндокардит у инъекционных наркоманов. Обновление рекомендаций по профилактике инфекционного эндокардита у пациентов с клапанными пороками сердца, 2008.

PARTICULARITĂȚILE OSTEOARTROZEI LA FEMEI ÎN PERIOADA MENOPAUZALĂ

**Olga Testemițanu, I. Danilov, Lucia Mazur-Nicorici,
Elena Ciobanu, Ecaterina Testemițanu-Dumitraș**
Medicină Internă nr. 3, Catedra Anatomia omului

Summary

Peculiarities of osteoarthritis in women during menopausal period

The study of the joint pathology have not only a special interest for the rheumatologists, traumatologists, radiologists, neurologists, but for specialists of the physical culture, sport and recuperation. According to objectives in the group of study were included 28 patients with knee osteoarthritis. The most common symptom of osteoarthritis is the pain. The radiological manifestations of different degrees have appeared latter than cartilage changes detected by USG. Osteoarthritis is pathology with significant impact on quality of life and negativ influence the joint motility and the movement of the patient.

Rezumat

Studierea aparatului locomotor reprezintă interes deosebit pentru reumatologi, traumatologi, radiologi, neurologi, dar și pentru specialiștii din domeniul culturii fizice, sportului și recuperării. Conform obiectivelor trasate, în studiu au fost incluse 28 paciente cu gonartroză. Cel mai frecvent simptom ale osteoartrozei a fost durerea. Manifestările radiologice de diverse stadii au apărut mai tardiv decât modificările cartilajului depistate prin ultrasonografie. Osteoartroza este o patologie cu impact semnificativ asupra calității vieții și influențând negativ motilitatea articulară și deplasarea liberă a pacientului.

Actualitatea temei

Aparatului locomotor, este alcătuit dintr-un complex de structuri cu funcții diferite: segmente osoase, articulații, mușchi striati, rețele nervoase și rețele vasculare. Toate formațiunile aparatului locomotor, formate din țesut fibros, sunt structurate conform forțelor de tracțiune directă sau indirectă la care sunt supuse funcțional.