

51. Takebayashi, K., Aso, Y., Inukai, T. Initiation of insulin therapy reduces serum concentrations of high-sensitivity C-reactive protein in patients with type 2 diabetes. // *Metabolism*, 2004. 53(6): p. 693-699.
52. Tripathy, D., Mohanty, P., Dhindsa, S., Syed, T., Ghanim, H. et al. Elevation of free fatty acids induces inflammation and impairs vascular reactivity in healthy subjects. // *Diabetes*, 2003. 52(12): p. 2882-2887.
53. WHOSIS. *Burden of disease estimates*. [cited; Available from: http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=burden,burden_estimates,burden_estimates_2002N&language=english]
54. Yki-Jarvinen, H. *Nonglycemic effects of insulin*. // *Clin Cornerstone*, 2003. Suppl 4: p. S6-12.

ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ LA UTILIZATORII DE DROGURI INTRAVENOS, CAZ CLINIC

Xenia Leahova¹, Alexandra Grejdieru¹, Minodora Mazur¹, Ana Știrbul²

¹Catedra Medicină Internă nr.3, ² IMSP Institutul de Cardiologie

Summary

Infective endocarditis in drug users

Infective Endocarditis (IE) is an infection of the endocardial surface of the heart. It represents a challenging diagnosis having many presentations ranging from an indolent infection to severe valvular insufficiency, which may lead to intractable congestive heart failure and myocardial abscesses causing septicemia with life-threatening systemic embolizations. Although infective endocarditis of tricuspid valve is rarely described, the incidence of this disease increased during last years with the rise of intravenous drug misuse. Objective: Report about evolution of a patient with tricuspid endocarditis that reveals the diagnostic and therapeutic challenges encountered by the authors.

Rezumat

Endocardita infecțioasă este definită ca o infecție a suprafeței endocardice. Tabloul ei clinic variază în limite largi: de la o infecție indolentă la insuficiența valvulară severă cu complicații majore ca insuficiența cardiacă congestivă, abcese miocardice, septicemie, emboluri sistemice. Deși endocardita infecțioasă pe valva tricuspidiană nativă este rar descrisă, frecvența acestei afecțiuni a crescut în ultimii ani o dată cu majorarea numărului utilizatorilor de droguri intravenos. Obiective: Prezentarea cazului de endocardită infecțioasă tricuspidiană la un pacient utilizator de droguri intravenos cu reliefaarea obținuțiilor diagnostice și terapeutice.

Întroducere

Endocardita infecțioasă (EI) este o maladie septică care determină leziuni cardiace sau le agravează pe cele preexistente și în evoluția sa poate afecta alte organe și sisteme. Grefa microbiană se localizează cel mai frecvent pe endocardul valvular și parietal, mai rar pe intima aortei și arterelor.

Problema endocarditelor infecțioase este actuală prin mortalitatea înaltă și morbiditatea în creștere, relaționată de apariția unor forme clinice noi, rar întâlnite în trecut: narcomanie, hemodializa, implantarea peacemaker, intervenții pe cord. În 85-90% cazuri, EI afectează cordul stâng și numai în 5-10% în procesul infecțios se include cordul drept. Mai mult de 80 % din cazuri cu EI a cordului drept se declanșează la utilizatorii de droguri intravenos (UDIV), ponderea lor în incidența generală a Endocarditei Infecțioase alcătuind 2-6% . Manifestările clinice caracteristice pentru UDIV cu EI sunt sindromul febril, embolismul pulmonar recurent (pneumonii abcedate destructive, infarct pneumonii, empiem pleural). Dar modificările auscultative caracteristice pentru regurgitația tricuspidiană în majoritatea cazurilor lipsesc, ceea ce este în defavoarea stabilirii diagnosticului precoce, mai frecvent inducând gândirea clinică

spre un proces pulmonar inflamator. În ultimii ani crește competența și vigilența medicilor, față de pacienții UDIV. Tot mai frecvent când acești bolnavi fac o pneumonie, sunt îndreptați la ecocardiografie și li se recoltează hemocultură, ceea ce permite depistarea maladiei în faza inițială. După datele literaturii pronosticul EI la UDIV este favorabil și rata mortalității constituie 5%.

Pacientul Z, 19.06.1984 anul nașterii. Numărul fișei medicale 4816/421.

A fost internat cu asistența medicală de urgență (AMU) pe 08.05.2008 în secția cardiologie nr.4 a IMSP Institutul de Cardiologie cu diagnosticul "Endocardită infecțioasă".

Acuze la internare: febră 39-40°C, frisoane, transpirații nocturne, fatigabilitate, scădere ponderală – 7 kg în ultima lună, dispnee inspiratorie la efort mic, tuse seacă, palpitații, dureri violente în degetele membrelor inferioare.

Anamneza maladiei: Se consideră bolnav din noiembrie 2004, când pentru prima dată a apărut sindrom febril, semne de insuficiență cardiacă și sindrom articular. A consultat medicul de familie, care a presupus pneumonie pe dreapta. La examenul radiologic diagnosticul s-a confirmat. A efectuat antibioticoterapie cu Ampicilină 4 gr/zi în decurs de 7 zile, dar starea generală nu se ameliorează, persista febra, dispnea și palpitațiile. Deoarece pacientul este utilizator de droguri intravenos (UDIV) s-a suspectat Endocardită Infecțioasă și a fost internat în secția cardiologie nr.4 pentru confirmarea diagnosticului și alegerea tratamentului adecvat. Hemocultura recoltată a fost pozitivă, agentul patogen – Stafilococul auriu, la ecocardiografie (EcoCG) s-au depistat vegetații pe valva tricuspidă, ceea ce a argumentat diagnosticul și a facilitat indicarea antibioticoterapiei în dependență de trigerul patogen. Durata tratamentului – 40 zile cu Medaxon 4gr/zi și Ciprinol 800 mg/zi în perfuzie, cu efect satisfăcător. Dar peste 3,6 ani starea pacientului s-a înrăutățit, au reapărut simptomele susnumite. În decursul acestor ani pacientul a administrat permanent heroină intravenos. Se internează în stare extrem de gravă în secția cardiologie nr.4 a Institutului de Cardiologie pentru diagnostic și tratament.

Anamneza vieții: S-a dezvoltat normal în copilărie. Timp de 6 ani UDIV. În 2004 face hepatită virală C.

Date obiective: Starea generală extrem de gravă. Poziția în pat forțată, agitat. Tegumentele palide, uscate, reci, acrocianoză. Turgescența venelor jugulare. Peteșii și elemente de necroză în regiunea degetelor 1-4 la membrele inferioare.



Figura 1. Pacientul Z., 24 ani Elemente vasculare necrotizante

În pulmonii respirația aspră, diminuată în regiune medie și inferioară pe dreapta, raluri umede, FR 26 respirații pe minut. Regiunea precordială obișnuită, zgomotele cardiace, ritmice, tahicardice, zg.I atenuat în punctul IV de auscultație, suflu sistolic la apex, FCC 120 bătăi pe minut, TA 120/70 mm/Hg. Limba uscată, abdomenul suplu, moale, ficatul cu 6 cm depășește rebordul costal drept. Splina nu se palpează. Conștiința clară.

În mod urgent pacientului i s-a efectuat examenul ecocardiografic bidimensional cu Doppler color. Rezultatele obținute sunt următoarele: Aortă ascendentă (Ao asc.) - 38 mm (n.20-

40 mm), atriul stâng (AS) – 42 mm (n.20-40 mm), ventriculul stâng (VS) - diametrul telediastolic (DTD) – 44 mm (n.35-56 mm), septul interventricular (SIV) 10 mm (n.6-11 mm), peretele posterior a VS (PPVS) – 10 mm (n.6-11 mm), fracția de ejeție (FE) 60% (>50%) ventriculul drept (VD) 30 mm (n.7-26 mm), atriul drept (AD) – 60 mm (n.20-40 mm)
 Concluzii: Dilatare considerabilă a AD, moderată a AS, VD. Vegetație mare (15mm) pe valva tricuspida, flotantă. Doppler EcoCG Insuficiența VT gr.III. Insuficiența VM gr.II.

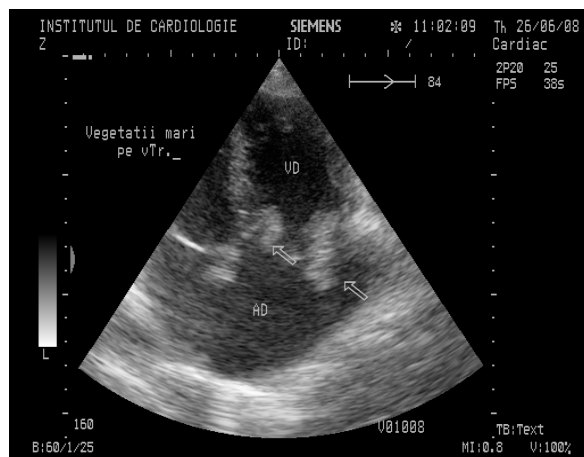


Figura 2. Pacientul Z. 24 ani. Vegetație de dimensiuni mari pe valva tricuspida

I s-a recoltat hemocultura din 2 vene periferice la maxim de febră. Agentul patogen depistat – Stafilococul auriu sensibil la Cefazolină, Ceftriaxon, Eritromicina, Rifampicina, Ciprofloxacina, Vancomicina. Rezistent la Ampicilina, Oleandomicina.

La radiografia cutiei toracice s-au vizualizat infiltrate pulmonare multiple de diferite dimensiuni cu semne de distrucție, revărsat pleural închistat.

Concluzie: abcese pulmonare multiple, infarct pneumonie pe stânga.



Figura 3 Pacientul Z., 24 ani. Abcese pulmonare multiple. Infarct pneumonie pe stânga

Pacientul a fost consultat de urgență de chirurgul vascular, pentru excluderea trombozei vaselor mici. I s-a efectuat Doppler vaselor membrilor inferioare, fiind detectată permeabilitatea păstrată, dar prezența unui spasm vascular considerabil.

Paralel au fost colectate analizele generale și biochimice, devierea de la normă este prezentată subiacent.

Hemograma relevă anemie - Hb 111 g/l, Er 3.7×10^{12} , Ic 0.90, leucocitoză – $15,3 \times 10^9$
 VSH majorat - 75 mm/oră; anizocitoză +.

Urinograma atestă leucociturie moderată (leucocite 6-8 în câmpul de vedere), microhematurie (eritrocite 40-50 în câmpul de vedere) și cilindurie (cilindrii hialini 1-2, granuloși 2-3). Proteina C-reactivă 24 un.

Pacientul a administrat antibioticoterapie combinată: inițial perfuzii intravenoase cu Ciprinol 800 mg/zi și Augmentina 7,2 g/zi 7 zile, apoi, din cauza răspunsului neadecvat, terapia antibacteriană a fost substituită cu Vancomicină 2g/zi și Fortum 4 g/zi intravenos timp de 28 zile. I s-a perfuzat Plasma antistafilococică 300 ml. Concomitent administra Ketoconazol 200 mg/zi, Lisinoton 10 mg/zi, Furosemidi 40 mg/zi, Verospiron 50 mg/zi, Digoxină 0,25 mg/zi și Rexitină 10 mg/zi, local badijonare cu Betadin și Jel Lioton. Starea pacientului cu ameliorare semnificativă, dar necesită prelungirea tratamentului antibacterian în continuare (2-3 săptămâni) până la rezolvarea definitivă a procesului infecțios. Pacientul necesită corecție chirurgicală a valvei tricuspide.

Concluzii

Pacientul Z, 24 ani, consumator de droguri intravenos, dezvoltă o endocardită infecțioasă a cordului drept pe valve intacte. Manifestările clinice caracteristice sunt sindromul febril și evenimente pulmonare recurente. Criteriile majore (DUKE) pentru EI veridică au fost prezente: la ecocardiografie s-au depistat vegetații mari pe valva tricuspida și la hemocultură s-a însămânțat Stafilococul auriu. Radiografia cutiei toracice relevă infiltrații pulmonare destructive. În urma tratamentului antibacterian combinat, conform schemelor standart, procesul infecțios s-a rezolvat definitiv, dar peste patru ani pe fond de utilizare permanentă a drogurilor intravenos se dezvoltă o recurență de EI, cu aceleași manifestări clinice și ecocardiografice, în asocieră cu elemente vasculare necrotizante (provocate de supradozajul drogului). Pacientul prezintă rezistență la un număr mare de antibiotice și necesită antibioticoterapie îndelungată cu schimbarea antibioticelor peste fiecare 2-3 săptămâni.

Referințe bibliografice

1. Infective Endocarditis Clinical review. Rhys P. Beynon, Bernard D Prendergast, V. K Bahl. *BMJ* 2006; 333:334-339 (12 August), 2:10.1136/bmj.333.7563.334
2. Infective Endocarditis John L Bruschi, Wesley W Emmons Francisco Talavera, Thomas M Kerkering, Eleftherios Mylonakis, Burke A Cunha. *Med line Dec*, 7, 2007.
3. Right sided infective endocarditis: Tempus fugit! Nico R. Van de Veire, An Cristin Ascoop, Michel De Pauw, Johan De Sutter, Thierry C. Jillebert. *Eur J Echo Cardiology* (2006) 7, 235-238
4. Septic deep venous thrombosis in intravenous drug users. France Fab, Wermer Zimmerli, Marianne Jordi, Ronald A. Schoenenberger. *Swiss Med Wekly* 2002; 132; 386-392
5. Right sided endocarditis: Clinical and echocardiographic characteristics . Lejko-Zupanc T, Koyelj M, Kranjek I, Pikelj F. *Journal of Clinical and Basic Cardiology* 1999; 2 (Issue 1), 81-84
6. Case report: Infective Endocarditis...It is in the differential diagnosis of intravenous drug users with abdominal pain? Stacey Barnes, Daniel Lombardi, Ruben Altamirano. *Med line March*, 1, 2007
7. Современные аспекты инфекционного эндокардита: Учебно-методическое пособие. Е. Н. Николаевский, Г.Г. Хубулава, Б.Б. Удальцов; Самара, 2006.

POLIMORFIZMUL GENETIC AL VARIANTELOR ALELICE ÎN CARDIOPATIA ISCHEMICĂ (Sinteza literaturii)

Natalia Caproș

Catedra Medicină Internă No5 USMF "N.Testemițanu"

Summary

Genetic polymorphism of allelic variants in cardiovascular diseases (review)

Identification of genetic markers associated with onset of the cardiac pathology is a modern approach to the cardiovascular pathology now. Since one of the important risk factors of coronary heart disease is the increased level of atherogenic lipoproteins, the genetic