

# APECTAREA CORDULUI ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ – PERICARDITA EXSUDATIVĂ. CAZ CLINIC

**Liudmila Gonța**

(Cond. științ. Dr. habilitat, Prof. universitar Liliana Groppa)

Catedra Medicina internă №1 FR și SC USMF “Nicolae Testemițanu”

## **Summary**

### *Heart damage in psoriatic arthritis – exudative pericarditis. clinical case*

Psoriatic arthritis has been defined as a unique inflammatory arthritis associated with psoriasis. Its exact prevalence is unknown, but estimates vary from 0.3% to 1% of the population. Increasing evidence for cardiovascular morbidity among patients with psoriasis and psoriatic arthritis has accumulated. Possibly, the additive effects of psoriatic arthritis by itself as a chronic inflammatory disease together with a higher frequency of traditional cardiovascular risk factors in these patients may account for the increased incidence of cardiovascular events. Recent studies have shown significantly increased risk of hypertension, myocardial infarction, angina, congestive heart failure, cerebrovascular accidents.

The clinical case of a patient with psoriatic pericarditis is presented in the article. According medical literature incidence of psoriatic pericarditis is 2% of the extraarticular manifestations.

## **Rezumat**

Artrita psoriazică este unica artrita de genă inflamatorie asociată psoriazisului. Prevalența nu este cunoscută, dar se estimează de la 0,3% până la 1% din populație. S-a înregistrat o morbiditate cardiovasculară crescută la pacienții cu psoriazis și artrita psoriazică. Posibil, că artrita psoriazică ca boala cronică inflamatorie în asociere cu frecvența sporită a factorilor tradiționali de risc cardiovascular la astfel de pacienți poate contribui la incidența crescută a evenimentelor cardiovasculare. Studiile recente au demonstrat riscul semnificativ înalt al hipertensiunii arteriale, infarctului miocardic, anginei pectorale, insuficienței cardiace congestive, accidentelor cerebrovasculare.

Noi prezentăm cazul clinic al pacientului cu pericardita psoriazică. După datele literaturii incidența pericarditei psoriazice constituie 2% dintre manifestările extraarticulare.

## **Introducere**

Psoriazisul este o dermatoză inflamatorie cronică, caracterizată prin hiperproliferarea keratinocitelor, cu evoluție capricioasă, uneori invalidantă. Psoriazisul se întâlnește la aproximativ 2% din populația Europei și Americii de Nord, iar artrita se relevă la 6%-39% dintre psoriazici. Cercetări europene mai recente EuroPSO au demonstrat că psoriazisul tegumentar evoluează cu artrită la 30% din bolnavi, iar în SUA – la 11% [4,7].

Artrita psoriazică este o artropatie inflamatorie cronică însoțită de modificări clinice, ce includ artralgi, hiperemie, tumefiere, deseori cu redoare matinală prelungită și manifestări radiologice caracteristice, ce apar la bolnavii cu psoriazis tegumentar sau pot fi premergătoare psoriazisului [6].

Etiopatogenia artritei psoriazice nu este cunoscută definitiv până în prezent. Leziunile psoriazisului cutanat sunt condiționate de keratinizarea anormală, acantoza și inflamația epidermisului. În afara leziunilor epidermice, în psoriazis sunt afectate unghiile și articulațiile. Interdependența dintre afectarea tegumentară psoriazică și inflamația articulară este una din verigile principale în evoluția artritei psoriazice [2,6].

Factorii care intervin în etiopatogenia artritei psoriazice sunt: predispoziția genetică, infecțiile (bacteriene, virale, Pytirosporium ovale), medicamente (săruri de litiu, betablocante, etc.), traumatismele, factorul psihic, fumatul, alcoolul, tulburările endocrine. Consecința intervenției unuia sau a mai multor factori o reprezintă proliferarea și diferențierea anormală a sinoviocitelor și keratinocitelor cu dezvoltarea leziunilor articulare caracteristice [1,8].

Mecanismele intime ale acestui proces nu sunt elucidate. La ora actuală artrita psoriazică este considerată o boală sistemică inflamatorie cronică, ale cărei componente extraarticulare sunt de cele mai multe ori subestimate. Comorbiditățile descrise „clasic” la pacienții cu artrită psoriazică sunt: maladiile inflamatorii digestive (boala Crohn, rectocolita ulcerohemoragică), tulburările psihice de tip depresiv. De mai mulți ani lista s-a extins cuprinzând obezitatea, diabetul zaharat, hiperlipidemia, HTA, infarctul miocardic, etc [3].

Coexistența la bolnavii de psoriazis a altor afectări organice crește costul tratamentului și impune o abordare multidisciplinară a fiecărui caz.

Afectarea sistemului cardiovascular în cadrul artritei psoriazice se întâlnește în 18-22% cazuri și clinic se manifestă prin prezența la bolnavi a dispneei, palpitații cardiace, dureri în regiunea cordului de diferită intensitate, care sunt cauzate de dezvoltarea aortitei, miocarditei, pericarditei sau miocardiostrofiei. În consecință, la bolnavii cu artrita psoriazică pot fi depistate diferite dereglări de ritm și de conducere [1]. În cazul unei evoluții grave a artritei psoriazice, cu un sindrom inflamator autoimun pronunțat poate să se dezvolte insuficiența valvei aortice (7% cazuri), aceasta fiind mai rară în comparație cu afectarea valvei aortice din spondiloartrita anchilozantă [5,6]. Sunt descrise cazuri de pericardită gravă cu insuficiența cardiacă progresivă, însă necesită de menționat faptul, că conform datelor literaturii doar la 2% dintre pacienții cu manifestări extraarticulare cardiace din artrita psoriazică prezintă date pentru pericardită [1]. În vederea acestui fapt noi am considerat important descrierea unui caz clinic a pacientului cu artrita psoriazică la care printre manifestările extraarticulare a artritei psoriazice s-a determinat pericardita.

Pacientul P. în vârsta de 60 ani, a fost internat în secție reumatologie SCM “Sf. Treime” cu **acuze** la:

- dureri cu tumefiere în articulațiile metacarpofalangiene II, III, IV pe dreapta și II –III pe stânga; articulațiile radiocarpene și talocrurale;
- artralgi moderate în articulațiile genunchilor și humerale;
- dureri difuze în coloana vertebrală preponderent regiunea cervicală și lombară cu mialgii;
- redoare matinală prelungită > 1 oră;
- dispnee la efort fizic moderat, periodic palpitații cardiace, dureri precordiale la efort fizic moderat și la efort psihoemoțional,
- cefalee occipitală ușoară, astenie generală.

Din **istoricul bolii** pacientul se consideră bolnav aproximativ 3 – 4 ani, când treptat au apărut artrite în articulațiile mici ale mâinilor, plantelor și articulațiilor radiocarpene cu dureri în regiunea cervicală a coloanei vertebrale cu limitarea progresivă mișcărilor active, cu debut de redoare matinală prelungită. Pacientul menționează că suferă de mai mult timp de psoriazis a scalpului și tegumentar cu aproximativ de 25 ani.

În august 2009 a fost consultat de reumatolog ambulator, care a stabilit diagnosticul de artrita psoriazică, varianta poliarticulară și a indicat tratament de fond cu Sol. Metotrexat 10 mg i/m o dată pe săptămână cu protecție de foliați, preparate antiinflamatoare nesteroidiene în cure scurte, preparate vasculare și miorelaxante. Pacientul a urmat tratamentul de fond cu Metotrexat doar 2-3 luni după care desinestător a suspendat-o. Pentru jugularea sindromului algic articular a urmat tratament cu preparate antiinflamatoare nesteroidiene cu efect pozitiv temporar.

Din **anamnesis vitae**: tuberculoza, hepatita virală, diabet zaharat, maladii venerice, SIDA – neagă; psoriazis tegumentar și a părții piloase a capului de aproximativ 25 ani. Anamneșticul eredo-colateral în vederea psoriazisului și patologiilor osteo-articulare neagravate, anamneșticul alergologic neagravate, deprinderi dăunătoare neagă.

Luând în considerație datele prezente pacientul se internează pentru stabilirea diagnosticului și alegerea tacticii tratamentului de fond cu școlarizarea activă în vederea patologiei existente.

**Starea obiectivă.** Starea generală a pacientului la momentul internării de gravitate medie. Poziția activă, se orientează în timp și în spațiu. Constatarea normostenic (IMC 23 kg/ m<sup>2</sup>). Tegumentele roz-palide cu prezența erupțiilor psoriazice a părții piloase a capului și pe coate cu

descuamare furfuracee. Se manifestă afectarea psoriazică a lojelor unghiale. Ganglionii limfatici periferici nu se palpează. Edemele periferice lipsesc.

*Aparatul locomotor:* prezintă dureri la palpare cu tumefiere în articulațiile metacarpofalangiene II, III, IV pe dreapta și II –III pe stânga; articulațiile interfalangiene distale și proximale a degetelor II-III-IV pe dreapta cu prezența dactilitei, articulațiilor radiocarpene și talocrurale bilateral. Dureri moderate la palpare în articulațiile humerale, dureri difuze la palpare, preponderent în regiunea cervicală și lombară a coloanei vertebrale. Crepitații și dureri moderate la mișcări active în articulațiile genunchilor.

*Aparatul respirator* fără particularități.

*Aparatul cardiovascular:* la examenul zonei precordiale palpator și percutor patologie nu s-a depistat, frează cardiac sau pericardic – absent. Auscultativ zgomotele cordului ritmice, atenuate, FCC= Pls=80', TA 130/80 mm. Zgomotul I atenuat la apex, suflu sistolic fin la apex, punctul V. Accentul zgomotului II la aorta.

*Aparatele digestive și urogenital:* fără particularități.

În baza acuzelor, istoricului bolii și examenului obiectiv s-a stabilit diagnosticul prezumptiv de: Artrită psoriazică, varianta poliarticulară, evoluție cronică. Psoriazis tegumentar și a părții piloase a capului.

**Investigațiile de laborator** au relevat un sindrom inflamator manifest exprimat prin elevarea VSH-lui (**42 mm/h**), **fibrinogenului (6,4 g/l)**, proteinei C-reactive (48 un/l), fără dereglări manifeste în lipidogramă: **colesterol – 4,3 mmol/l, trigliceride – 2,0 mmol/l, HDL – colesterol – 1,38; LDL – colesterol – 4,61. Evaluând funcția hepatică, renală, metabolică – dereglări nu s-au determinat.**

**Anticorpul IgM și IgG anti – Chlamidia, Mycoplasma și Ureaplasma – au fost negativi. Din probele imunobiologice antistreptolizina-O - 1:200, latex-test – negativ.**

**Investigațiile instrumentale** la fel ca și cele de laborator au fost direcționate spre a exclude alte cauze de afectare articulară și pentru stabilirea existenței patologiilor concomitente.

*Examenul ECG:* ritm – sinusal, FCC - 64b/min, AEC – orizontală. Schimbări ale miocardului atrial, încărcarea atriului stâng. Microvoltaj. Sechele de tulburări de conducere intraventriculară. Bloc de ram drept a fasciculusului Hiss. Semne de hipertrofie a ventriculului stâng. Tulburări a proceselor de repolarizare.

*Testul cu efort fizic dozat:* Semne de ischemie miocardului, dereglări de ritm nu s-au determinat. Subiectiv – fără acuze deosebite. Testul – negativ. Toleranța – joasă.

*Examenul ECO-CG:* Aorta ascendentă: 40 mm (20-40mm), pereții indurați; Atriul stâng 45 mm (20-40mm); Ventriculul stâng: DTDVS 52 mm (35-56mm); FE VS 59% (>50%); SIV 11 mm (6-11mm); PPVS 11 mm (6-11 mm); Ventriculul drept 30 mm (7-26mm); Atriul drept 44 mm (20-40 mm); Valva aortică: indurată, amplituda deschiderii 20 mm (15-26 mm), Pericardul – îngroșat. Lichid în cantitate moderată – 8-9 mm PPVS, 12 mm – AD bazal.

Doppler Echo CG	Regurg	V max	GP max
Valva mitrală	II	N	N
Valva aortică	II	N	N
Valva tricuspida	II	N	N
Valva pulmonară	I	N	N

Contractilitatea regională a miocardului ventriculului stâng – normokinezie. Funcția diastolică nu este afectată. Hipertensiune pulmonară – nu este.

Concluzie: Indurația aortei ascendente, valvei aortice, valvei mitrale. Dilatarea moderată a atriului stâng și drept și a ventriculului drept. Îngroșarea foițelor pericardului, lichid în cantitate moderată. Insuficiența valvei mitrale gr. II, valvei tricuspide gr. II, valvei pulmonare gr. I.

*Examenul USG al organelor interne:* Schimbări difuze în parenchimul ficatului și pancreasului. Deformare moderată bilaterală a sistemului colector.

*Examenul radiografic al cutiei toracice:* pulmonii transparenți, diafragul clar, cordul de configurație aortică.

*Examenul radiografic al oaselor palmare și plantare:* afectarea asimetrică a articulațiilor interfalangiene distale cu chisturi multiple și eroziuni, pe fundalul unei cruțări relative a articulațiilor metacarpofalangiene și metatarsofalangiene, îngustarea fisurii intraarticulare, preponderent în oasele palmei stângi cu scleroză subhondrală. Osteoporoză relativă.

Date sugestive pentru artrita psoriazică st. Rg III

*Examenul radiografic al coloanei vertebrale în 2 incidente și articulațiilor sacroiliace:*diminuarea spațiului intervertebral C2–C3, C3–C4, C4–C5 cu tendință la osificare paravertebrală C3-C4, C4-C5, sindesmofite atipice, sacroileită bilaterală st.Rg II.

Date sugestive pentru spondiloartrita psoriazică, sacroileită bilaterală st.Rg II.

Conform criteriilor Amor pentru stabilirea diagnosticului de spondiloartropatii (Amor et al for Spondylarthropathy, 1990), care au acumulat la acest pacient 13 puncte din 6 necesare

Criteria	Rezultate	Puncte
Durere lombară sau dorsală nocturnă, redoare matinală	<u>Prezentă</u>	<u>1</u>
Oligoartrită asimetrică	Absentă	0
Durere în proiecția feselor	Absentă	0
Degete în forma de “cârnaț”	<u>Prezente</u>	<u>2</u>
Durerea calcaniană sau durere enteziopatică de altă origine	<u>Prezentă</u>	<u>2</u>
Irită	Absentă	0
Uretrită sau cervicită de etiologie negonococică, ce a evoluat cu 1 lună înainte de debutul artritei	Absentă	0
Anamneza de diaree acută, ce a evoluat cu 1 lună înainte de debutul artritei	Absentă	0
<u>Psoriazis</u> , balanită sau afecțiune inflamatorie a intestinului, (colită ulceroasă nespecifică sau boala Crohn)	<u>Prezent</u>	<u>2</u>
Sacroileită	<u>Bilaterală &gt;= 2</u>	<u>2</u>
Predispoziție genetică	<u>HLA-B27</u>	<u>2</u>
Răspuns la tratament cu preparate AINS	<u>Recidivă rapidă după întreruperea tratamentului</u>	<u>2</u>
<b>Scorul total=<u>13 puncte</u> (&gt;=6 – confirmă prezența spondiloartropatiei).</b>		

și în baza criteriilor CASPAR (Clasification of Psoriatic Arthritis, International Multicentre Validation of Diagnostic Criteria for Psoriatic Arthritis, 2006) pentru stabilirea diagnosticului de artrita psoriazică, care au acumulat criteriul major (*patologie inflamatorie articulară, a coloanei vertebrale și tendoanelor cu tumefiere, durere și/sau redoare*) și 7 criterii minore (*psoriazis a pielii, psoriazis în antecedente, afectarea psoriazică a unghiilor, factorul reumatoid negativ, dactilita cu tumefierea falangelor, istoric de dactilită stabilită de reumatolog, manifestările radiologice caracteristice în articulațiile mâinilor și plantelor*) din 3 obligatorii - s-a confirmat diagnosticul prezumptiv de: Artrita psoriazică, varianta poliarticulară, evoluție cronică, st. Rg III, IFA III în asociere cu spondilita psoriazică cu afectarea coloanei vertebrale cervicale st.Rg II, cu atingeri viscerale: afectarea cordului (pericardită exsudativă – lichid pe PPVS 12 mm), bloc de ram drept a fascicolului Hiss. Insuficiența cardiacă II (NYHA).

#### Scorul activității bolii DAS28-4

Numărul articulațiilor tumefiate (0-28)	10
Numărul articulațiilor dureroase (0-28)	14
VSH, mm/oră	42
Aprecierea sindromului algic conform scalei vizuale analogice (SVA) a durerii de către pacient (mm)	70
<b>DAS28 = 0.56*√(t28) + 0.28*√(sw28) + 0.70*Ln(ESR) + 0.014*VAS</b>	<b>6,06</b>

Psoriazis tegumentar și a părții piloase a capului.

Pentru aprecierea gradului activității bolii au fost calculați indicii specifici DAS28-4 și SDAI și pentru expresia severității psoriazisului tegumentar – indicele PASI.

### Scorul activității bolii SDAI

<b>NAD (14) + NAT (10) + AGP (70) + AGM (60) + PSR (48) = SDAI (202)</b>	
NAD – numărul articulațiilor dureroase	AGM – apreciere globală a activității bolii, medic (SVA 0-10 cm)
NAT – numărul articulațiilor tumefiate	PCR – proteina C-reactivă
AGP – apreciere globală a activității bolii, pacient (SVA 0-10 cm)	

Ambele scoruri clinice au determinat o activitate importantă a procesului inflamator, care corespunde gradului III. Considerăm că din cauza expresiei mari a sindromului inflamator autoimun sistemic s-a indus afectarea cardiacă prin pericardită. Este recomandabil examinarea minuțioasă a afectărilor cardiace la toți pacienții cu artrită psoriazică cu o activitate majoră a bolii.

La fel, indicele severității afectării tegumentare prin psoriazis a atins valori semnificative – indicele PASI (Psoriasis Area Severity Index - după Fredriksson T., Patterson U., 1998) fiind 36.

Impactul asupra calității vieții apreciat conform chestionarului HAQ a determinat o reducere moderată (total 21 puncte).

Luând în considerație datele acumulate a fost stabilit diagnosticul clinic de Artrita psoriazică, varianta poliarticulară, evoluție cronică, activitate înaltă (DAS28-4=6,06; SDAI=202), st. Rg III, IFA III în asociere cu spondilita psoriazică cu afectarea coloanei vertebrale cervicale st.Rg II, cu atingeri viscerale: afectarea cordului (pericardita exsudativă – lichid pe PPVS 12 mm), bloc de ram drept a fascicolului Hiss. Insuficiența cardiacă II (NYHA). Psoriazis tegumentar și a părții piloase a capului.

Având în vedere activitatea înaltă a bolii a fost recomandat tratamentul cu Leflunomid conform schemei în calitate de tratament de fond, preparate antiinflamatoare nesteroidiene în cure scurte, preparate miorelaxante și vasculare, preparate de calciu în asociere cu vitamina D3.

### Discuții

Referindu-ne la bolile cardiovasculare, amintim că încă din 1973 a fost raportată creșterea prevalenței bolilor cardiovasculare la pacienții cu artrită psoriazică. Ulterior, cele mai multe cercetări epidemiologice au confirmat că pacienții cu artrita psoriazică și psoriazis cutanat au risc crescut de boli cardiovasculare [8].

Două studii recente de cohortă din Marea Britanie și Statele Unite au demonstrat că pacienții cu psoriazis au risc mai mare de infarct miocardic, angina pectorală, ateroscleroză, boli vasculare periferice și de accident vascular cerebral [3,6]. Un studiu anglo-saxon prospectiv pe 131000 pacienți atinși de psoriazis versus 557000 subiecți de control a arătat un risc relativ de infarct miocardic de 3,1 în subgrupele pacienților tineri cu psoriazis sever. Același studiu a evidențiat o prevalență mai mare a diabetului zaharat, hiperlipidemiei, HTA și a supraîncărcării ponderale în grupul psoriazicilor, comparativ cu subiecții martor [3]. La pacientul prezentat de către noi afectarea cardiacă s-a manifestat prin dereglări de conducere, care sunt habituale în cazul artritei psoriazice cu manifestări extraarticulare (după datele literaturii la aproximativ 27%) și pericardită – o manifestare extrarticulară rară (2%) [1,2].

Riscul de infarct miocardic pare mai mare la pacienții tineri cu forme severe de psoriazis și artrita psoriazică. Într-un alt studiu, autorii arată că în psoriazisul sever, prevalența calcificărilor la nivelul coronarelor (reprezintă marker de ateroscleroză cardiacă) este mai mare comparativ cu grupul de control (60% vs. 28%). Este interesant de subliniat că plăcile

inflamatorii de la nivelul intimei coronarelor au un profil Th 1, asemenea leziunilor de psoriazis [10].

Deși este unanim recunoscut că psoriazisul și artrita psoriazică este o boală inflamatorie cronică, interferențele etiopatogenice cu patologia cardiovasculară nu sunt pe deplin elucidate. S-au emis mai multe ipoteze:

- inflamația duce la stres oxidativ, urmat de consecințe sistemice. Un nivel crescut de oxidanți stimulează formarea de leziuni aterosclerotice în peretele vaselor și implicit duce la apariția bolilor cardiovasculare [6];
- proteina C reactivă, secretată sub acțiunea IL-6, este factor predictiv de risc cardiovascular. S-a remarcat scăderea concentrației acestei proteine atunci când plăcile de psoriazis se ameliorează [3];
- creșterea riscului cardiovascular ar fi în raport cu hiperhomocisteinemia întâlnită la pacienții cu psoriazis. Unele studii au arătat că nivelul homocisteinemiei plasmatice s-a corelat cu severitatea psoriazisului. De aici interesul, în scopul scăderii homocisteinemiei, asocierii acidului folic la tratamentul cu metotrexat efectuat bolnavilor de artrită psoriazică și psoriazis [9];
- prezența în rândul psoriazicilor cu o frecvență mai mare a factorilor de risc cardiovascular, cum ar fi fumatul, hiperlipidemia, obezitatea, diabetul zaharat [5,7].

Este clar că tot mai multe date recente demonstrează creșterea riscului cardiovascular la bolnavii cu artrita psoriazică. Încurajator este însă faptul că sunt cercetări, care afirmă reducerea riscului cardiovascular la bolnavii tratați cu metotrexat sau leflunomidă și la cei sub terapie biologică. Totuși nu trebuie uitat că alte tratamente precum retinoizii și ciclosporina cresc acest risc prin inducerea hipertrigliceridemiei, respectiv prin creșterea tensiunii arteriale [1].

Dislipidemia nu s-a întâlnit la pacientul nostru, însă este posibil ca inflamația cronică, principala trăsătură a artritei psoriazice, să fie responsabilă cel puțin pentru o parte din aceste cazuri. La fel, se pare că anormalitățile lipidelor la bolnavii cu artrită psoriazică sunt în raport cu modificările de la nivelul tubului digestiv. Într-un studiu recent se afirmă că la pacienții cu psoriazis s-au găsit anomalii funcționale și structurale în aproape toate segmentele tubului digestiv [5]. În literatura medicală există publicate câteva cazuri de psoriazis tegumentar ameliorat sub tratament cu statine pentru dislipidemie [3].

### **Concluzie**

Pe plan economic, comorbiditățile cresc semnificativ costul tratamentului bolnavilor de psoriazis. Este necesară abordarea multidisciplinară a bolnavilor de psoriazis în prezența comorbidităților. Se impune identificarea pacienților cu artrita psoriazică care prezintă risc cardiovascular crescut pentru ameliorarea prognosticului.

### **Bibliografie**

1. Gladman DD. Psoriatic arthritis. In: Maddison PJ, Isenberg DA, Woo P, Glass DN, Breedveld F. Oxford textbook of rheumatology. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004:766-78.
2. Gladman DG. Psoriatic arthritis. Rheum Dis Clin North Am 1998;24:829-44.
3. Han C, Robinson DW Jr, Hackett MV. Cardiovascular disease and risk factors in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. J. Rheumatol. 2006; 33:2167-2172.
4. Lindegard B. Mortality and causes of death among psoriatics. Dermatologica 1999;179:91-2.
5. Wong D, Gladman DD, Husted J, Long JA, Farewell VT. Mortality studies in psoriatic arthritis: results from a single outpatient clinic. Causes and risk of death. Arthritis Rheum 1997;49:1868-72.

6. Peteres MJ, van der Horst-Bruinsma IE, Dijkmans BA, Nurmohamed MT. Cardiovascular risk profile of patients with spondylarthropathies, particularly ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2004;34:585-92.
7. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol* 2006;55:829-35.
8. Sieper J, Rudwaleit M, Khan MA, Braun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20:401-417.
9. Clarke R, Daly L, Robinson K, Naughten E, Cahalane S, Fowler B, et al. Hyperhomocysteinemia: an independent risk factor for vascular disease. *N Engl J Med* 1991;324:1149-55.
10. Kimhi O, Caspi D, Bornstein NM, Maharshak N, Gur A, Arbel Y, et al. Prevalence and risk factors of atherosclerosis in patients with psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2007;36:203-9.

**ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ DE PROTEZĂ, CAZ CLINIC**  
**Oxana Stamatii, Alexandra Grejdieru, Minodora Mazur, Ana Știrbul**  
 Catedra Medicină Internă nr.3, IMSP Institutul de Cardiologie

**Summary**

*The prosthetic valve endocarditis*

Infective endocarditis (IE) is a severe, microbial infection of endocardial surface, occurring on intact native heart valves, parts of a valve prosthesis or on reconstructed native heart valves; establishes structural failure and systemic embolism. Prosthetic valve endocarditis (PVE) is due to the infection with microorganisms, especially bacteria and fungi; it is observed within the first year of operation, perioperatively and thus nosocomial (early PVE) or as community acquired (late PVE), after one year of operation. The incidence of PVE is 9-20%; in early PVE is accounting 1,4-3,1% and in late PVE 3,2-5,7%. Mortality rate for PVE is maintaining on a top level 23-60%. Thromboembolic events are the most frequent cause of mortality in PVE. Last decade the number of IE in the elder population has been increased considerably, because of predisposing factors: ischemical cardiopathy, diabetes mellitus, infective trophical ulcers, therapeutic and diagnostic procedures, prolonged venous catheterism and the presence of prosthetic heart valves. The authors present a clinical case of an elder patient, with early PVE and comorbidities (diabetes mellitus).

**Introducere**

Endocardita infecțioasă (EI) este o maladie septică gravă cu localizarea grefei microbiene pe valve intacte, native sau protezate și pe alte structuri cardiace normale sau patologice ce determină deteriorari structurale și embolii sistemice [2]. EI a valvei protezate (EIVP) cuprinde infectarea microbială sau fungică a protezei valvulare, în primul an după implantarea protezei (EIVP precoce) și după un an de la protezare (EIVP tardivă) [1]. Incidența EIVP este de 9 – 20% cazuri, în EIVP precoce constituind 1,4 – 3,1%, iar în EIVP tardivă – 3,2 – 5,7%, riscul major de instalare a procesului infecțios fiind înregistrat în primele 6 luni după implantarea valvei cardiace [1,2,8]. Triggers-ul esențial în declanșarea EIVP îl constituie fungiile, stafilococii și bacilii gram negativi [3,4]. Mortalitatea în EI de proteză se menține la un nivel înalt 23–60% și depinde de virulența agentului patogen, evoluția și complicațiile maladei [2,5]. Complicațiile tromboembolice constituie cauza primordială a mortalității, fiind o indicație pentru reprotzare [1,7]. În ultimele decenii a sporit considerabil incidența EI la vârstnici, fiind determinată de prezența unor factori predispozanți la acest grup de vârstă: cardiopatia ischemică, diabetul zaharat, ulcere trofice infectate, manipulații medicale frecvente, cateterismul venos