

12. Irie F, Iso H, Noda H et al. Associations between metabolic syndrome and mortality from cardiovascular disease in Japanese general population, findings on overweight and non-overweight individuals. Ibaraki Prefectural Health Study. *Circ J* 2009 Sep;73(9):1635-42.
13. Salvatore Mottillo, et al. The Metabolic Syndrome and Cardiovascular Risk. *JACC* Vol. 56, No. 14, 2010 September 28, 2010:1113–32
14. Nobukazu ISHIZAKA et al. Hypertension Is the Most Common Component of Metabolic Syndrome and the Greatest Contributor to Carotid Arteriosclerosis in Apparently Healthy Japanese Individuals. *Hypertens Res* Vol. 28, No.1 (2005)
15. Alberti K.G. și alți. Harmonizing the metabolic syndrome – a Joint Interim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention, National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. În: *Circulation*, 2009, nr. 120, p. 1640-1645

STIGMATUL PERIFERIC LA PACIENȚII CU ENDOCARDITĂ INFECȚIOASĂ PE VALVE PROTEZATE, CAZ CLINIC

**Irina Dolință, Alexandra Grejdieru, Liviu Grib, Lucia Mazur - Nicorici,
Minodora Mazur, Ana Știrbul, Alexandru Ceasovschih, Andrei Grib**
USMF „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Medicină Internă,
Disciplina Cardiologie, Clinica nr.3

Summary

Peripheral stigmata in patients with infectious endocarditis on prosthetic valve, case study

Infectious endocarditis (IE) is a microbial infection with an insidious or sudden onset that involves the endocardium of the ventricles, atria or septal defects. According to European Guidelines the incidence of IE varies between 1.9 to 6.2 cases per 100,000 persons / year and the mortality is 20 to 25%. The characteristic lesion of IE is represented by vegetation situated on the heart valves 77.7-82.5%, but it can be also diagnosed on chordae tendineae, papillary muscles, ventricular and atrial endocardium, atrial or ventricular septal defects etc. Endocarditis on prosthetic valves (EIVP) is a complication of valve surgery registered in 1-6%. By convention, PVE is divided into „early PVE” denoting infection occurring within 1 year after valve replacement, or „late PVE” denoting infection more than 1 year after valve replacement. Approximately 10 to 25% of patients with infectious endocarditis have cutaneous or peripheral manifestations, caused by severe generalized infection.

Rezumat

Endocardita infecțioasă (EI) prezintă o infecție microbiană cu debut insidios sau brusc cu implicarea endocardului în procesul infecțios. Incidența EI, conform Ghidului European variază între 1,9 – 6,2 cazuri la 100000 persoane/an, iar mortalitatea constituie 20 – 25 %. Leziunea caracteristică EI este vegetația cu localizarea mai frecventă pe valvele cardiace – 77,7 -82,5%, dar poate fi diagnosticată și pe cordele tendinee, mușchii papilari, endocardul ventricular și atrial, defectele septale atriale, ventriculare, etc. Endocardita infecțioasă pe valve protezate (EIVP) este o complicație a chirurgiei valvulare înregistrată în 1 – 6% devizată în forma precoce și tardivă. Aproximativ 10 – 25% din pacienții cu EI prezintă manifestări cutanate periferice, cauzate de infecția severă generalizată.

Introducere

Endocardita infecțioasă (EI), descrisă ca entitate clinică de William Osler în 1885 este o afecțiune infecțioasă gravă, cu debut insidios sau brusc, caracterizată de leziuni cardiace

vegetante sau ulcero-vegetante, produse prin multiplicarea agentului patogen pe structurile cardiace native (valve, endocardul atrial și ventricular), sintetice (proteze valvulare) și pe endoteliul vaselor intratoracice mari (duct arterial persistent, șunturi arterio-venoase, coarctare de aortă), care determină deteriorări structurale, embolii sistemice și modificări imunologice [1]. În pofida progreselor în cardiologie, EI rămâne o maladie severă cu o incidență anuală de 1,9 – 6,2 cazuri la 100.000 persoane/an [1]. EI se întâlnește mai frecvent la bărbați, raportul variind între 1,5 – 2,5 : 1, în 85 – 90% cazuri afectează cordul stâng. Grefele microbiene preponderent se instalează pe valve (77,7% – 82,5%) native, intacte și protezate, dar poate fi diagnosticată și pe cordele tendineie, mușchii papilari, endocardul ventricular și atrial, defectele septale atriale, ventriculare, etc. [1]. Endocardita infecțioasă a valvelor protezate (EIVP) este cea mai severă formă de EI cu o incidență de 0,3 – 1,2% pacienți în an, la 1 – 6% din pacienții cu proteze valvulare [Ghidul European de Prevenție, Diagnostic și Tratament a Endocarditei Infecțioase, 2009]. EI valvei protezate poate să se dezvolte în primul an după implantarea protezei (EIVP precoce) în 1,4 – 3,1% cazuri și după un an de la protezare (EIVP tardivă) – 3,2 – 5,7 % cazuri [1,2,8]. Manifestările clinice mai des întâlnite la pacienții cu EI sunt: febra, acompaniată de transpirații și frisoane, dispnee, tuse, simptome neurologice, gastrointestinale, musculoscheletale. Stigmatul periferic reprezentat de nodulii Osler, peteșii, hemoragiile „în așchie”, leziunile Janeway – reprezintă manifestări cutanate ale bolii, ce apar în EI subacută atât pe valve intacte, cât și pe valve protezate [5]. Aceste manifestări sunt prezente preponderent la pacienții cu EI provocată de stafilococi: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus sanguis* [5]. Stigmatul periferic e raportat în 10-25% cazuri, dar nu întotdeauna i se acordă importanța diagnostică de vigoare, din care cauză se temporizează un diagnostic precoce și corect de EI.

Pacient P., 60 ani a fost internat în mod programat prin CMC a Dispensarului Cardiologic nr.230 pe 24.11.2011 în secția cardiologie nr.4 a IMSP, Institutul de Cardiologie cu diagnosticul “Cardiopatie reumatismală. Stare după comisurotomie mitrală (1999). Stare după protezarea valvei mitrale. (10.03.10). Stenoza valvei aortale gr.II. Insuficiența valvei tricuspide gr.II. Insuficiența valvei arterei pulmonare gr.I. Hipertensiune arterială gr.III, risc adițional înalt. IC III NYHA. Endocardită infecțioasă?”

Acuze la internare: febra 38,5°C, preponderent seara, transpirații, dispnee tip inspirator la efort fizic moderat, palpitații cardiace, dureri în regiunea cordului, cefalee, fatigabilitate, erupții hemoragice pe gambe (fig.2), scădere ponderală.

Anamneza maladii: Se consideră bolnav din copilărie, frecvent a suportat angine foliculare. În 1979 i s-a stabilit diagnosticul de febră reumatismală acută, iar în 1982 - cardiopatie reumatismală. Din cauza progresării semnelor insuficienței cardiace în anul 1999 pacientului i s-a efectuat comisurotomia mitrală, iar în 2010 protezarea valvei mitrale. Ambele intervenții și perioada postoperatorie au decurs fără complicații. Peste 6 luni după protezarea valvei mitrale, pacientul a suportat o suprarăceală și s-a adresat la medicul de sector cu febră 38,5°C, care nu ceda la antipiretice, transpirații, frisoane. Anterior pacientul suportase o extracție dentară la medicul stomatolog din localitate. Menționăm ca pacientul s-a adresat după 1 lună de la apariția odontalgiilor. A fost suspectată Endocardită Infecțioasă de proteză și transferat în secția 4 a Institutului de Cardiologie pentru confirmarea diagnosticului și alegerea tratamentului adecvat.

Date obiective: Starea generală gravă. Conștiința clară. Tipul constituțional normostenic. Tegumentele roz-pale, curate. Edeme periferice pe gambe, în regiunea membrului inferior stâng de la gleznă până în regiunea articulației genunchiului se observă erupții cutanate punctiforme multiple, de culoare roz-brună (fig.2). Pe pulpa degetelor se observa noduli subcutanați, immobili, dureroși la presiune – noduli Osler (fig.1). Forma cutiei toracice este obișnuită. Elasticitatea cutiei toracice păstrată. Percutor pe regiuni simetrice - sunet clar pulmonar. Auscultativ pe aria de proiecție pulmonară se atestă murmur vezicular, raluri lipsesc, FR - 18 r/min. Șocul apexian se determină în spațiul intercostal V cu 1,5 cm lateral de linia medioclaviculară stângă, vastitatea

1,5 cm. Puterea și rezistența moderate. Zgomotele cardiace ritmice, sunet de proteză, FCC – 85 b/min, TA - 140/90 mm Hg. Limba roză, umedă, nesaburată. Abdomenul nu este mărit în volum, la palpare moale, indolor. Ficatul mărit cu 2 cm. Splina nu se palpează. Tranzit intestinal prezent. Mictiunile urinare libere, indolare. Semnul Giordano negativ bilateral. Sistemul osteo-articular



intact.

Figura 1. Pacientul P., 60 ani. Noduli Osler Figura 2. Pacientul P.,60 ani.Petesii pe gambe

Examen paraclinic:

1.Examenul ecocardiografic bidimensional cu Doppler color: aorta ascendentă – 36 mm, atriul stâng – 58 mm, ventriculul stâng, diametrul telediastolic – 51 mm, diametrul telesistolic – 38 mm, septul interventricular – 9 mm, peretele posterior a VS – 9 mm, fracția de ejeție – 60 %, ventriculul drept – 30 mm, atriul drept – 60 mm. Valva aortică indurată, calcificată++, amplituda deschiderii 12 mm. Valva mitrală îngroșată, indurată, calcificată, vegetații. Mișcarea valvei discordantă, limitată.

Concluzie: Stare după protezarea valvei mitrale, funcția protezei este insuficientă. Insuficiența protezei valvei mitrale gr.II (paraprotetică). Dilatarea considerabilă a atriului stâng, moderată a ventriculului drept și atriului drept. Stenoză moderată a orificiului valvei aortice. Insuficiența valvei aortice II. Funcția de contracție a miocardului este redusă difuz. Insuficiența valvei tricuspide gr.II. Insuficiența valvei pulmonare gr.I.

2.Hemocultura din 3 vene periferice prelevat în puseul febril. Agentul patogen însământat: *Staphylococcus epidermidis* sensibil la Cefuroximă, Gentamicină, Oxacilină, Ofloxacină, Trikaxonă, Augmentină, Unidox, rezistent la Lincomicină, intermediar la Eritromicină.

3.Examenul electrocardiografic: Ritm sinusal cu FCC 90 b/min. AEC deviată spre stânga. Semne de hipertrofie a miocardului VS. Schimbări de repolarizare în regiunea ateroseptală și laterală a VS.

4.Radiografia cutiei toracice relevă: stază venoasă. Cord dilatat transversal. Se vizualizează proteza VM.

5.Examenul ultrasonografic al organelor interne constată: ficatul moderat mărit, semne de stază venoasă în ficat. Schimbări difuze în parenchimul ficatului și pancreasului. Deformația și dilatarea moderată a sistemului de calice și bazinete a ambilor rinichi. Chist renal pe dreapta.

6. Analizele de laborator:

Hemograma relevă anemie: Hb.-106 g/l, Er.- $3,6 \cdot 10^{12}/l$, VSH majorat – 65 mm/h, anizocitoză + În analiza biochimică a sângelui: protrombina – 84%, bilirubina totală – 36,6 mmol/l, bilirubina legată – 9,1mmol/l, bilirubina liberă – 27,4 mmol/l, CIC – 217, proteina C reactiva – 24%, ALAT – 17 U/l, ASAT – 21 U/l. Urinograma: proteinurie – 0,3g/l, leucociturie 15-20 în c/v, microhematurie (eritrocite mai mult de 100 în c/v).

Tratamentul efectuat:

Pacientul a administrat antibioticoterapie combinată: inițial Oxacilină 12 g/zi i.v în 4 doze cu Rifampicină 1200 mg/zi în 2 doze și Gentamicină 3 mg/kg corp/zi i.m în 2 doze. Concomitent administra Ketoconazol 200 mg/zi, Trombostop 2 mg/zi, Ramipril 10 mg/zi, Carvedilol 12,5 mg/zi, Furosemid 20 mg i/v, Veroșpiron 25 mg/zi, Mildronat 10 ml i/v, Citirizin 1 pastilă/zi.

Concluzii

Pacientul P., 60 ani, cu valvulopatie reumatismală, corectat chirurgical prin protezarea valvei mitrale, dezvoltă o endocardită infecțioasă de proteză precoce. Manifestările clinice caracteristice fiind: sindromul febril persistent de 3 săptămâni, simptome ale insuficienței cardiace congestive, stigmatul periferic (erupții hemoragice pe gambe, noduli subcutanați Osler); modificări de laborator: anemie, hematurie microscopică, CIC și PCR elevate. Criteriile DUKE majore pentru EI au fost prezente: hemocultura pozitivă – *Staphylococcus epidermidis*, calcificări și vegetații grefate pe proteza valvei mitrale depistate la ecocardiografie. Din criteriile minore: factorii predispozanți – protezarea valvei mitrale (10.03.10) și vârsta înaintată, febra 38,5°C, VSH crescut (>50mm/h), fenomenele vasculare pe gambe și noduli Osler. Pacientul a administrat tratament combinat din 3 preparate antimicrobiene, cu o dinamică pozitivă ce a condus spre ameliorarea clinică și de laborator.

Bibliografie

1. Ghidul European de Prevenție, Diagnostic și Tratament a Endocarditei Infecțioase, 2009.
2. Guranda I., Știrbul A., Mazur M., Panfile E., Grejdieru A., ”Particularitățile clinice și de evoluție ale endocarditei infecțioase a valvei protezate”. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei 4 (18) Chișinău 2008, p.104 – 106.
3. Farinas C. M., et all.” Risk Factors of Prosthetic Valve Endocarditis: A Case-Control Study. Ann.Thorac. Surg. 2006; 81, p.1284 – 1290.
4. Kardon E. M. ” Prosthetic heart valves” eMedicine Feb.2010
5. Kaye D.” Infective Endocarditis” RavenPress,2002 p.11-105
6. 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.
7. Panfile E., Știrbul A., Grejdieru A., et.al. ”Particularitățile clinico-evolutive ale endocarditei infecțioase la vârstnici”. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei 4 (18) Chișinău 2008, p.101 – 104.
8. Știrbul A., Grejdieru A, Mazur M. Protocolul Clinic Național „Endocardita infecțioasă la adult”, Chișinău, 2008.
9. Știrbul A., Grejdieru A., Mazur M. et.al. ”Endocardita infecțioasă profilul clinic, prezentare și evoluție”. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei 4 (18) Chișinău 2008, p.90-96.

ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ COMPLICATĂ CU INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ CONGESTIVĂ. CAZ CLINIC

Alexandru Ceasovschih, Alexandra Grejdieru, Liviu Grib, Romeo Grăjdieru,
Angela Tcaciuc, Irina Dolință, Andrei Grib
USMF „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Medicină Internă,
Disciplina Cardiologie, Clinica nr.3

Summary

Infections endocarditis complicated with congestive cardiac insufficiency. Clinical case

Infections endocarditis (IE) is a severe septic disease in which the microbial graft affects the intact, native or prosthetic heart valves and other cardiac structures, causing structural damage and systemic embolism. The annual incidence ranges from 1.9 to 6.2 IE cases per 100,000 persons / year, with an increasing tendency in some new clinical variants. The most commonly met is the aortic valve - 40%. Cardiac complications have the highest risk, resulting in high mortality. Heart failure is the most common complication in IE, valvular damage caused by rupture of prosthetic or native valve cusps, infected chordae tendineae rupture, fistulas or