

8. 1999 World Health Organization International Society of Hypertension Guidelines for the management of Hypertension Guidelines Subc. // J. Hypertension. – 1999. – Vol. 17 (2). – P. 151-153.
9. Колабава Ж.Д., Силизкова Л.А., Котовская Ю.В. и др. Представления об артериальной гипертензии у пожилых и реальная клиническая практика в России (Результаты 1 этапа Российской научно-практической программы АРГУС) // Кардиология. – 2001. – № 11. – С. 14-19.
10. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії, третє видання. – К., 2004. – 83 с.
11. Ольбинская Л.И., Сизова Ж.М. Фармакотерапия хронической сердечной недостаточности. Руководство, Москва, 2002, 110 с.
12. Ольбинская Л.И., Морозова Т.Е., Сизова Ж.М., Вартанова О.А. и др. Фармакотерапия хронических сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство для врачей. – М.: «Медицина», 2006. – 386 с.
13. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии // Под ред. В.Н. Коваленко. – К.: Либідь, 2002. – 504 с.
14. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія: Посібник для лікарів. – К.: Моріон, 2002. – 204 с.
15. Чазов Е.И., Беленков Ю.Н. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство для практикующих врачей. – М.: Литера, 2004. – 972 с.
16. Чазов Е.И., Беленков Ю.Н., Борисова Е.О. и др. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Руководство для практикующих врачей. – М.: Литера, 2005. – 972 с.

## ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ CU DEBUT INSIDIOS, DIAGNOSTICATĂ POSTMORTEM, CAZ CLINIC

<sup>1</sup>Diana Crudu, <sup>1</sup>Alexandra Grejdieru, <sup>1</sup>Liviu Grib, <sup>2</sup>Lucia Gârbu, <sup>1</sup>Elena Samohvalov,  
<sup>1</sup>Efimia Curudimov, <sup>2</sup>Oleg Crudu, <sup>2</sup>Mihail Erlih, <sup>2</sup>Galina Zavatin, <sup>1</sup>Guțanu Ludmila  
Disciplina Cardiologie, Clinica Medicală nr.3, Departamentul Medicină Internă,  
<sup>1</sup>USMF „Nicolae Testemițanu”, <sup>2</sup>IMSP SCM „Sfânta Treime”

### Summary

#### *Insidious infective endocarditis diagnosed postmortem, case report*

Infective endocarditis (IE) is a serious infectious disease which is present in a variety of forms, depending on the causative pathogen agent, pre-existing cardiac disease, presence or absence of complications, which evaluates manifest or insidious and requires an interdisciplinary approach involving specialists from different fields. Elderly patients often arise asymptomatic evolution, the onset of disease is wiped with a high rate of complications making difficult to establish its early diagnosis and postmortem findings. Untreated IE is fatal. If the diagnosis is established late or therapeutic measures are delayed, mortality rate remains at a high level, 16-20% being for communitary and 24-50% for nosocomial IE. According to the Giovanni Di Salvo et al. 2003 study, IE has a reserved prognosis in the elderly persons with 17% in-hospital death in patients over 70 years. We present the clinical case of a 77 year woman with aortic valve endocarditis and anamnesis of degenerative aortic stenosis also presenting other comorbidities (diabetes mellitus, hypertension, viral B hepatitis), complicated by the onset of embolism syndrome (cerebrovascular accident, pulmonary and splenic mezenteric arteries embolisms).

## Rezumat

Endocardita infecțioasă (EI) este o maladie infecțioasă gravă, care se prezintă printr-o varietate de forme, în funcție de agentul patogen cauzativ, bolile cardiace preexistente, prezența sau absența complicațiilor, care evaluează manifest sau insidios și necesită o abordare interdisciplinară cu implicarea specialiștilor din diferite domenii. La pacienții vârstnici maladia decurge deseori asimptomatic, debutul bolii este șters cu o rată înaltă a complicațiilor ceea ce face dificilă stabilirea precoce a diagnosticului, iar uneori constatare postmortem. EI netratată este fatală. În cazul când diagnosticul se stabilește cu întârziere sau măsurile terapeutice sunt temporizate, indicele mortalității se menține la un nivel înalt, 16-20%, pentru EI comunitare, și 24-50% pentru EI nosocomiale. Conform studiului Giovanni Di Salvo et all. din 2003, EI la vârstnici are un prognostic rezervat cu deces intraspitalicesc 17% la pacienții peste 70 ani. Prezentăm cazul clinic a unei femei de 77 de ani cu endocardită infecțioasă a valvei aortale pe fond de stenoză aortică degenerativă, cu comorbidități (diabet zaharat, hipertensiune arterială, hepatită virală B), complicată cu sindrom embolic în debut (accident cerebrovascular, embolie splenică și a arterelor mezenterice).

## Introducere

Endocardita infecțioasă, conform Ghidului European de Diagnostic, Tratament și Profilaxie din 2009, 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 arteriovenoase, în coarctăție de aortă), sau a corpiilor intracardiaci străini (valve protetice, pacemaker sau defibrilator intracardiac), infecție relevată în fluxul sanguin. În 85-90% din cazuri EI afectează cordul stâng. Endocardita infecțioasă netratată este o afecțiune fatală. În cazul în care diagnosticul se stabilește cu întârziere sau măsurile terapeutice necesare sunt temporizate, indicele mortalității se menține la un nivel înalt – 16-50%. De la începutul secolului XIX, când pentru prima dată a fost descrisă EI, ca entitate clinică, până în prezent se observă un șir de schimbări evolutive ale patologiei: tendință de creștere a unor variante clinice noi ( EI nosocomială, EI la vârstnici, EI la utilizatorii de droguri intravenos, etc). Condiții predispozante: cardiopatii reumatismale și congenitale, prolaps de valvă mitrală, cardiopatii degenerative, cardiomiopatii hipertrofice sau abuz de medicamente intravenos prezintă 55% - 75% dintre pacienții cu EI pe valve native, 7% - 25% din cazuri de EI implică proteze valvulare. În ultimele decenii a sporit considerabil incidența EI la vârstnici, fiind determinată, nu numai de maladiile cardiace predispozante, ci și de rata înaltă a comorbidităților (diabetul zaharat, neoplasme, hepatită, ulcere trofice infectate, etc) și circumstanțelor morbide (manipulații medicale frecvente, cateterismul venos prelungit, prezența valvelor cardiace artificiale la acești pacienți. Se consideră că în 23% cazuri EI la vârstnici are geneză nosocomială. Din aceste considerente ultima se dezvoltă preponderent pe fon de cardiopatii degenerative, în 38,5%, iar drept sursă de bacteriemie în 50% nu este depistată, cu toate că cea mai frecventă poartă de intrare pot fi infecțiile urinare și extracțiile dentare. Diagnosticul la acești bolnavi se stabilește tardiv, iar în 17% din cazuri – postmortem, deoarece la vârstnici patologia evoluează deseori atipic cu afebrilitate, sindrom toxico-infecțios ”șters”, unele dintre semne și simptome (astenie, anorexie, scăderea în greutate, prezența unui suflu cardiac, etc.) pot fi eronat atribuite la “limita de vârstă”.

**Caz clinic.** Pacienta X., 77 ani, internată de urgență pe 19.01.2013 în secția Terapie Intensivă a IMSP SCM ”Sfânta Treime”. cu diagnosticul: “ Boală cerebrovasculară acută. Accident cerebrovascular ischemic în bazinul arterei cerebrale media pe dreapta. Sepsis de etiologie necunoscută. Neoplasm al colonului? Ocluzie intestinală parțială”

**Acuze la internare:** cefalee, greturi, astenie, fatigabilitate, dereglari de motilitate în membrul superior stâng.

**Anamneza maladiei.** Se consideră bolnavă de 3 zile, când starea generală s-a agravat, au apărut dureri pronunțate în abdomen, pe flancul drept, hemipareză pe stânga, fatigabilitate, inapetență.

Hipertensivă de 23 de ani, valorile maxime ale TA 190/110 mmHg, de 10 ani Cardiopatie ischemică. Angină pectorală de efort CF II, Diabet zaharat tip II de 7 ani, litiază biliară.

**Date obiective.** Starea generală a pacientei extrem de gravă. Poziția bolnavei pasivă. Subponderală. Tulburări de conștiință: somnolență. Paliditatea tegumentelor. Temperatura 36,3°C. Eruptii cutanate, edeme gambiene absente. Ganglionii limfatici nu se palpează. Status neurologic: FP simetrice, pupile L=S, fotoreactive. Volumul mișcărilor globilor oculari este deplin. Convergența diminuată. Nistagm. Plicile nasolabiale D=S. Deglutiția și fonația este pastrată. Volumul mișcărilor în membrele superioare și inferioare pe stînga este dereglat, proba Barre pozitivă pe stînga. ROT D=S, semne patologice absente. Semne meningiene negative. În pulmoni respirația înăsprită bilateral. FR 18 / min. Zgomotele cardiace ritmice, atenuat zg. I la apex, suflu sistolo-diastolic la aortă. FCC 100 pe min. TA 80/60 mmHg. Abdomenul balonat, difuz, preponderent în flancul stîng, dur, la palpare în flancul drept inqual se apreciază o formațiune dură. Splina nu se palpează. Ficatul mărit cu 3 cm. Scaunul neregulat, constipații. Micțiunile dificile. Dureri în regiunea lombară. Vezica urinară cateterizată cu cateter Folley-urina tulbure purulentă.

#### **Examen paraclinic**

1. **ECG.** Ritm sinusal. AEC deplasată extrem spre stînga. Hipertrofie moderată a miocardului ventricolul stîng. Modificări difuze ale proceselor de repolarizare în ventricolul stîng.

2. **USG organelor interne** Concluzie: colecistită cronică calculoasă, schimbări difuze în parenchimul ficatului și în pancreas. Hepatosplenomegalie, cu semne de hipertensiune portală, lichid liber în etajul inferior al cavității abdominale. Deformarea bilaterală a sistemului de calice și bazine renale cu formațiuni lichidiene.

3. **Examenul radiologic al abdomenului.** Nivele hidroaerice.

4. **Radiografia cutiei toracice** Concluzie: Pneumonie pe dreapta în segmentele IV, V Pneumoscleroză locală. Sinusurile libere. Cord dilatat.

5. **Hemocultura.** La a 7 zi după internare (postmortem) a fost primit rezultatul pozitiv din 2 vene periferice cu însămânțarea *Staphylococcus epidermidis* sensibil la cefalosporine, aminoglicozide, florchinolone, vancomicină, rezistent la peniciline.

**Analize de laborator.** Glucoza 7,7 mmol/l, Hb. 90 g/l, Er.  $2,8 \times 10^{12}/l$ , L.  $7,2 \times 10^9/l$ , VSH majorat – 48 mm/oră, protrombina – 88%, bilirubina totală – 12,6 mmol/l, PCR – 24 un, CIC – 110 un.

**Tratament.** Pacienta a administrat terapie antimicrobiană combinată cu Ceftriaxon 2 g, și Ciprofloxacina 400 mg/zi intravenos perfuzie, Sol. Metronidazol 100 ml i.v.;

#### **Concluzii**

Pacienta cu patologie cardiacă predispozantă (valvulopatie degenerativă). Poarta posibilă de intrare a infecției: piurie, agentul patogen mai probabil - *Escherichia coli* (cu virulență joasă). Comorbidități și stări care provoacă imunodepresie (diabetul zaharat, vârsta). Manifestări clinice suspecte. Sindrom toxico-infecțios șters. Stare septică. Hipotensiune la un hipertensiv. Sindrom embolic: AVC, infarct splenic, posibil embolii în a. mezenteriale  
Complicații: glomerulonefrită secundară cu insuficiență renală acută, pneumonie, anemie, sindrom de diseminare intravasculară

#### **Bibliografie**

1. Ghidului European de Prevenție, Diagnostic și Tratament a Endocarditei Infecțioase, 2009

2. Știrbul A., Grejdieru A., Mazur M. "Protocolul Clinic Național „Endocardita infecțioasă la adult”, Chișinău, 2008, reactualizat în 2011.

3. 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.

4. 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.

## ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ CU AFECTAREA TUTUROR VALVELOR CARDIACE (Caz clinic)

<sup>1</sup>Victoria Antoci, <sup>1</sup>Alexandra Grejdieru, <sup>1</sup>Liviu Grib, <sup>3</sup>Aureliu Batrînac, <sup>1</sup>Alina Toncoglaz,  
<sup>1</sup>Elena Samohvalov, <sup>1</sup>Andrei Grib, <sup>2</sup>Liudmila Cardaniuc, <sup>2</sup>Violeta Marian  
Disciplina Cardiologie, Clinica Medicală nr.3, Departamentul Medicină Internă,  
<sup>1</sup>USMF „Nicolae Testemițanu”, <sup>2</sup>IMSP SCM „Sfânta Treime”, <sup>3</sup>IMSP Medpark

### Summary

#### *Infectious endocarditis affecting all cardiac valves, case report*

Infectious endocarditis (IE) is an endovascular microbial infection of cardiovascular structures (native valves, ventricular or atrial endocardium), including endarteritis of large intrathoracic vessels (patent atrial chanal in arteriovenous shunts, in aortic coarctation) or intracardiac foreign body (prosthetic valves, intracardiac pacemaker or defibrillator) revealed bloodstream infection [2]. The annual incidence of IE varies from 1.9 to 6.2 cases per 100,000 persons / year, with the growing trend in some new clinical variants [3]. The aortic valve IE is affected - in 40% [4]. Infectious endocarditis develops most frequently in males, sex ratio ranging from 1.5 to 2.5 [1, 5]. In 55-75% can be identified predisposing conditions: rheumatic and congenital heart disease, mitral valve prolapse, degenerative cardiopathy and hypertrophic cardiomyopathy or intravenous drug abuse, dental extractions [1, 4]. In 85-90% of cases IE affect the left heart and only in 5-10% it is affected right heart, mainly in intravenous drug users [2, 4]. Cardiac complications present the highest risk and lead to high mortality. Infective endocarditis remains a severe disease with high morbidity and mortality although both for diagnostics and advanced therapeutic procedures [2, 3]. We present a clinical case of a 62 years old man with IE of mixed etiology (streptococcus, staphylococcus, fungal), affecting all heart valves, complicated with myocardial abscess, that was resolved conservative and surgical.

### Rezumat

Endocardita infecțioasă (EI) este o infecție microbiană endovasculară a structurilor cardiovasculare (valve native, endocard ventricular sau atrial), inclusiv endarterita vaselor intratoracice mari (în canal arterial patent, în șunturi arteriovenoase, în coarctăție de aortă), sau a corpurilor intracardiace străine (valve protetice, pacemaker sau defibrilator intracardiac), infecție relevată în fluxul sangvin [2]. Incidența anuală a EI variază între 1,9–6,2 cazuri la 100.000 persoane/an, cu tendința de creștere în unele variante clinice noi [3]. Cea mai afectată în EI este valva aortală – în 40% [4]. Endocardita infecțioasă se dezvoltă mai frecvent la bărbați, raportul dintre sexe variază de la 1,5 până la 2,5 [1, 5]. La 55-75% pot fi identificate condițiile predispozante: cardiopatii reumatismale și congenitale, prolaps de valvă mitrală, cardiopatii degenerative și cardiomiopatii hipertrofice sau abuz de medicamente intravenoase, extracții dentare [1, 4]. În 85-90% din cazuri EI afectează cordul stâng și numai în 5-10% afectează cordul drept, preponderent la utilizatorii de droguri intravenoase [2, 4]. Complicațiile cardiace prezintă cel mai înalt risc și conduc la o mortalitate înaltă. Endocardita infecțioasă rămâne o