

Concluzii

- Insuficiența cardiacă este un sindrom clinic frecvent la pacienții cu valvulopatii, caracterizat prin dispnee, fracție de ejecție redusă, asociat cu fibrilație atrială și necesitatea tratamentului de durată.
- Analiza comparativă a rezultatelor proprii cu studiul ECHOS a pus în evidență modificări clinice mai severe și tratament mai intens la pacienții studiului nostru, fapt explicat printr-un grad mai avansat al insuficienței cardiace.

Bibliografie

1. Babiuc Constantin, Vlada-Tatiana Dumbrava. Medicina internă. Vol. 2 Chisinau 2008, 562-593
2. Davies M, Hobbs F, Davis R, et al. Prevalence of left-ventricular systolic dysfunction and heart failure in the Echocardiographic Heart of England Screening study: a population based study. Lancet 2001;358:439–44
3. Dickstein K., Cohen-Solal A. Filipatos G. et al. Authors/Task Force Members. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. The Task Force for the Diagnosis and treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J 2008;29, 2388-2442
4. Jessup M., Abraham W.T., Casey D.E., A. M. Feldman, G. S. Francis, T. G. Ganiats, M. A. Konstam, D.M. Mancini, P.S. Rahko, M.A. Silver, L.W. Stevenson and C.W. Yancy. 2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation published online Mar 26, 2009; Circulation DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192064
5. Protocol clinic național “Insuficiența cardiacă cronică”, (2012), www.ms.md
6. Redi Pecini, Daniel Vega Moller, Christian Torp-Pedersen, Christian Hassager, Lars Kober. Heart failure etiology impacts survival of patients with heart failure. International Journal of Cardiology 149 (2011) 211–215
7. Rosamond W, Flegal K, Friday G, et al. Heart disease and stroke statistics—2007 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2007;115:e69-171

PARTICULARITĂȚILE ENDOCARDITEI INFECȚIOASE DE CORD STÂNG
Iurie Spancioc, Natalia Spancioc, Alexandra Grejdieru, Liviu Grib, Elena Samohvalov,
Angela Tcaciuc, Andrei Grib, Viorica Ochișor, Alexandr Ceasovschih, Iaconi Diana
Disciplina Cardiologie, Clinica Medicală nr.3, Departamentul Medicină Internă,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Particularities of the left heart infective endocarditis

Left heart endocarditis (IE LH) is an infection of the heart with impaired endovascular isolated mitral and/or aortic valve involvement. The incidence of left heart damage in IE constitutes 85-90% cases, most commonly develops on native valves (72%) and cardiac prostheses (25%) in patients with comorbidities: diabetes mellitus (21%), viral hepatitis (15%), liver cirrhosis (7%), cancer (3.9% -5.2%) [1, 2, 5]. Morbid circumstances characteristic for IE LH patients are infections and tooth extraction (31.8%), poor dental hygiene (17.9%), urogenital inflammation (13.1%) and skin involvement (5.1%). Prevalent microbial trigger in IE LH

patients is commonly streptococcal (38%), staphylococcal (34%) and enterococcal (10%) [2, 4]. In this article we present our own findings on the clinical features, predisposing cardiac factors, comorbidities, etiology, endocardial involvement in the pathologic process, and occurred complications in patients with left heart endocarditis.

Rezumat

Endocardita infecțioasă de cord stâng (EI de CS) este o infecție endovasculară a cordului cu afectarea izolată a valvei mitrale sau/și a valvei aortale. Incidența afectării cordului stâng în EI constituie 85-90% cazuri, se dezvoltă mai frecvent pe valve native (72%) și proteze cardiace (25%), la pacienți cu comorbidități: diabet zaharat (21%), hepatite virale (15%), ciroză hepatică (7%), cancer (3,9%-5,2%). [1, 2, 5]. Circumstanțele morbide caracteristice pentru pacienții cu EI de CS sunt infecțiile și extracțiunile dentare (31,8%), igiena dentară precară (17,9%), procesele inflamatorii urogenitale (13,1%) și tegumentare (5,1%). Trigerul microbial prevalent la bolnavii cu EI de CS este cel streptococic (38%), stafilococic (34%) și enterococic (10%) [2, 4]. În acest articol prezentăm rezultatele proprii referitor la particularitățile evoluției clinice, factorilor cardiaci predispozanți, comorbiditățile, etiologia, implicarea endocardului în procesul patologic, și complicațiile survenite la pacienții cu EI de CS.

Introducere

Endocardita infecțioasă (EI), descrisă ca entitate clinică de William Osler în 1885, și în secolul XXI continuă a fi o problemă medicală complexă și gravă. Conform Ghidului European de Diagnostic, Tratament și Profilaxie a EI, în țările europene, anual se înregistrează 18-26 cazuri de EI la 1 milion de populație [1]. Incidența EI a cordului stâng este de 85-90%, iar pacienții cu EI a cordului drept constituie 5-10%. În Republica Moldova, la adulții activi, se observă două vârfuri de instalare a EI: la femeile sub 30 de ani, pe fond de valvulopatii reumatismale și la bărbații după 50 de ani, cauzată de leziuni valvulare degenerative [5]. În ultimele decenii majorarea speranței de viață a populației a condus la ”înbătrânirea” maladiei cu afectarea persoanelor între 70 și 80 de ani. O particularitate a EI ”contemporane” o constituie și modificarea etiologiei cu prevalarea formelor acute, cauzate de triger-ul stafilococic, germenii gram negativi și fungii. EI este o maladie cu prognostic rezervat, îndeosebi atunci când sunt afectate valva aortică și mitrală cu o rată înaltă a mortalității (5-40%), în dependență de etiologie, comorbidități asociate și starea imună depresivă a macroorganismului [2]. Comorbiditățile constituie un rol aparte la bolnavii cu EI de cord stâng, care suprimă imunitatea și pe acest fond se poate instala EI, îndeosebi la cei vârstnici. Diabetul zaharat prezintă un risc crescut pentru EI, din motivul predisunerii acestor pacienți la infecții: urinare, pulmonare sau cutanate [3]. Ciroza hepatică este considerată o afecțiune, pe fondul căreia se poate instala EI în 7%, cu o incidență mai mare a bacteriemiei, cu dereglarea microcirculației hepatice prin anastomozele portocavale, a malnutriției, ce conduc la deprimarea imunității [5]. Neoplasmele, conform studiilor efectuate, pot declanșa EI în 3,9-5,2% pe fond de imunosupresie [4, 42]. Pacienții cu insuficiență renală cronică, deasemenea prezintă un risc înalt de dezvoltare a EI. Conform unui studiu retrospectiv în 6% cazuri EI s-a dezvoltat în timpul hemodializei la pacienții cu insuficiență renală cronică [2]. Infecțiile dentare (abcese, gingivite, periodontite), în asociere cu o igienă dentară precară prezintă cea mai frecventă cauză a bacteriemiei și precedează EI în 31,8%, 17,9% consecutiv, îndeosebi la pacienții cu cardiopatii reumatismale preexistente [5]. În ultimele decenii au apărut noi factori de risc: sporirea numărului de intervenții pe cord, proceduri invazive, proteze valvulare, răspândirea narcomaniei injectabile, hemodializa de durată, implantarea pacemaker-ului și defibrilatorului intracardiac, etc., care determină morbiditatea crescută în EI [2]. Cu toate că în literatura de specialitate au fost elucidate formele clinice a evoluției EI, aspectele paraclinice, tratamentul și profilaxia, ne-am propus să evaluăm particularitățile EI de CS, care prezintă o problemă actuală în medicină.

Scopul

Studierea particularităților clinice și paraclinice a EI de CS.

Materiale și metode

Prezentul studiu a fost efectuat pe un lot de 132 de pacienți, 128 - internați în secția cardiologie nr. 4 a Institutului de Cardiologie și 4 - internați în SCM „Sfânta Treime” în perioada noiembrie 2008 – ianuarie 2013. Conform design-ului studiului, pacienții au fost divizați în 2 loturi: I lot I-au constituit 125 pacienți cu EI de cord stâng iar lotul II - 7 pacienți cu EI de cord drept. În dependență de vârstă, pacienții cu EI au fost repartizați în 3 grupe: I – a inclus pacienții sub 20 ani, adolescenții, II – adulții activi cu vârsta cuprinsă între 21–65 ani și gr. III – pacienții vârstnici peste 65 de ani. Toți pacienții incluși în studiu respectau criteriile de diagnostic pentru endocardita infecțioasă elaborate după Duke Endocarditis Service (Durham, Nord Carolina), revizuite în 1994 și 2007.

Rezultate și discuții

Pornind de la scopul propus, am examinat pacienții cu EI de cord stâng, pentru a stabili particularitățile clinice, paraclinice, de tratament și profilaxie a acestora și i-am comparat cu bolnavii cu EI de cord drept pentru a delimita unele particularități de evoluție, diagnostic și tratament. Specificăm că, EI s-a dezvoltat preponderent la adulții activi în 85% la cei cu EI de CS și în 71% la pacienții cu EI de CD. Adolescenții cu EI de CD au prezentat un procent mai înalt (14%) în raport cu semenii lor cu EI de CS, (1%), iar la vârstnici diferențe nu au fost determinate. Reeșind din rezultatele obținute observăm că EI de cord stâng este prerogativa adulților activi și vârstnicilor, factorii de risc la această categorie de bolnavi fiind cardiopatiile reumatismale și comorbiditățile. Evaluând diagnosticul de trimitere în staționar al pacienților din ambele loturi, am obținut datele ilustrate în figura 1.

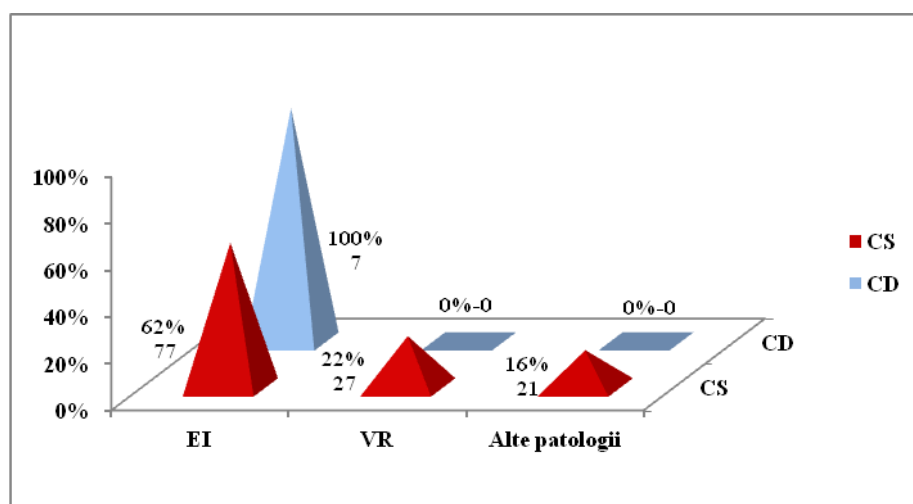


Figura 1. Diagnosticul de trimitere a pacienților cu EI de CS versus EI de CD, n=132

Analizând rezultatele obținute, ilustrate în figura 1, observăm că la pacienții cu EI de cord stâng diagnosticul de trimitere a coincis în 62% (77 pt.), în 22% (27 pt.) acesta a fost confundat cu valvulopatii reumatismale, preexistente la acești bolnavi, iar în 16% (21 pt.) cu alte patologii (cardiopatiile ischemice, cardiomiopatiile, valvulopatiile degenerative, etc.), fapt ce denotă vigilența diagnostică scăzută în cazul EI de cord stâng, ce influențează un tratament tardiv a maladiei și un prognostic rezervat, fapt ce este elocvent cu datele literaturii savanților din Rusia și Asia Mijlocie [3].

Menționăm faptul că, etiologia EI de cord stâng, mai frecvent, este determinată de streptococcus viridans, B hemolitic, din grupul A, enterococi, etc), care nu prezintă o virulență agresivă, nu conduc la septicemie, deșfășoară un tablou clinic insidios, atipic, ceea ce

influențează stabilirea tardivă a diagnosticului de EI. Din aceste considerente cu atenție trebuie colectate datele anamnestice, evaluate comorbiditățile pentru a stabili cât mai precoce diagnosticul și a iniția un tratament adecvat [2, 4].

EI de CS se dezvoltă preponderent pe fondul factorilor cardiaci predispozanți. Am evaluat maladiile cardiace, care au precipitat dezvoltarea EI de CS le-am ilustrat în figura 2.

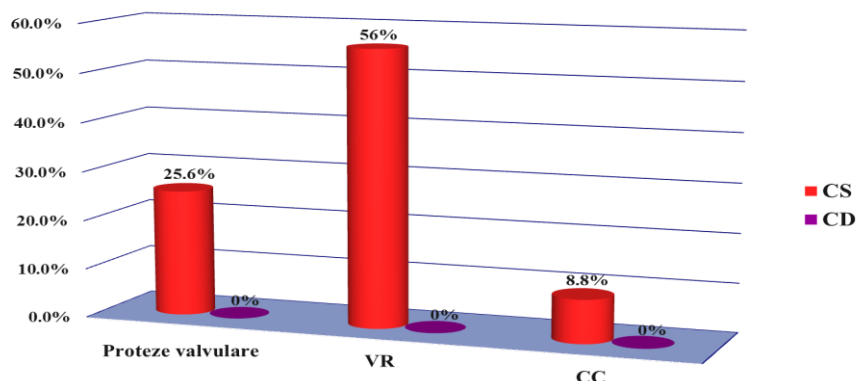


Figura 2. Maladiile cardiace predispozante la pacienții cu EI de CS versus EI de CD, n=132

În studiul nostru la pacienții cu EI de CS, maladia s-a instalat preponderent pe valve native (56%), proteze valvulare (25%) și cardiopatiile congenitale (8,8%). Din datele literaturii, EI se instalează în 15-40% cazuri pe fondul cardiopatiilor preexistente [3, 4, 5]. Rata mai înaltă a valvulopatiilor reumatismale, în studiul nostru, poate fi explicată prin profilaxia insuficientă și neadecvată a febrei reumatismale acute la populația din RM [5].

Pacienții cu EI nu au manifestări clinice specifice. Analizând simptomele la pacienții din loturile de studiu, menționăm că, în EI de CS sindromul toxico-infecțios a fost manifest doar în 89% cazuri față de pacienții cu EI de CD – în 100% cazuri. Scadența semnelor febrile în I lot pot fi explicate prin vârsta înaintată și comorbiditățile asociate la acești pacienți, care influențează răspunsul imun al organismului, maladia evoluând insidios cu subfebrilitate sau afebrilitate. Dar pacienții cu EI de CD au o evoluție bruscă, cauzată mai frecvent de flora stafilococică sau gram negativă, pe fondul unui organism tânăr cu răspuns imun prompt la infecție. Un semn clinic important, depistat în ambele loturi din studiu, a fost insuficiența cardiacă, consecința destrucției valvulare, manifestată prin dispnee inspiratorie, palpitații, tuse seacă, accese de astm cardiac, edeme periferice.

Semnele musculo-scheletale s-au întâlnit la bolnavii cu EI de cord stâng în 26%, comparativ cu 14% la cei cu EI de cord drept. Stigmat-ul periferic a prevalat la pacienții cu EI de CS în 35% cazuri, față de 28% în EI de CD.

Conform datelor literaturii, triger-ul streptococic și enterococic, incluzând un număr mare de specii comensuale a cavității bucale și căilor respiratorii superioare, orofaringiene, digestive și genito-urinare, este primordial în EI de cord stâng, fiind responsabili de dezvoltarea acestei maladii în 50%-70%. Dintre streptococi cei mai frecvenți sunt streptococii orali (*Streptococcus viridans*), care declanșează EI în 30%-45% cazuri [2, 4].

Am observat unele particularități și în spectrul microbial cauzativ la pacienții examinați de noi, datele fiind ilustrate în figura 3.

Analizând rezultatele obținute, concludem că la pacienții cu EI de CS a predominat flora streptococică în 47% (20 pt.), comparativ cu cea stafilococică 36% (16 pt.). În EI de cord drept, spectrul microbial diferă esențial. În majoritatea cazurilor din însămânțări s-au prelevat stafilococi în 83% (5 pt.), mai frecvent stafilococul auriu, care a influențat evoluția agresivă a maladii și complicațiile severe la acești pacienți.

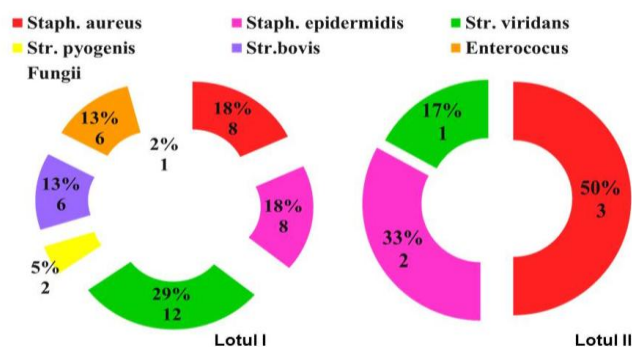


Figura 3. Spectrul microbian la pacienții cu EI de CS și EI de CD, n=50

Pentru stabilirea diagnosticului cert de EI, o importanță esențială o are demonstrarea implicării endocardului în procesul infecțios, diagnosticarea prin examenul ecocardiografic a atingerii valvelor cardiace: vegetații, ruptură de cordaje, de cusă, de mușchi papilari, abcese miocardice, dehiscență de proteză, regurgități valvulare manifeste [1].

Am evaluat la pacienții incluși în studiu, prin examenul ecocardiografic, implicarea valvelor cardiace în procesul patologic în EI de CS și în EI de CD, rezultatele fiind ilustrate în figura 4.

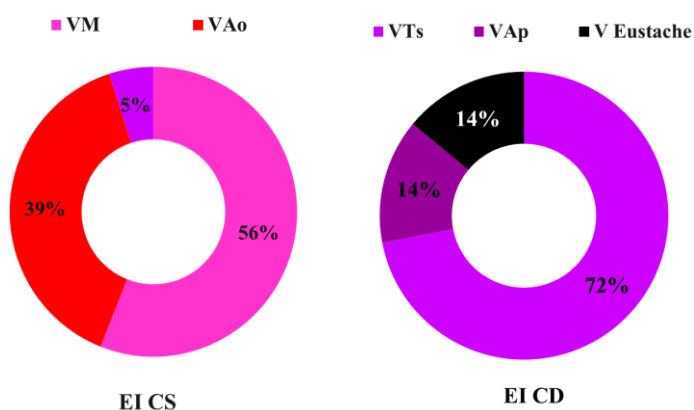


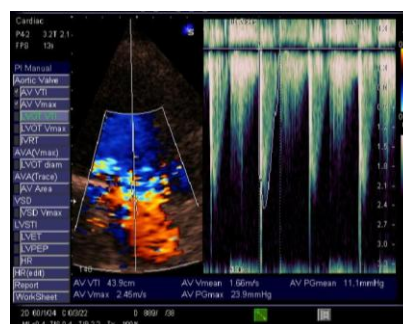
Figura 4. Implicarea valvelor cardiace în EI de CS și EI de CD, n=84

Din date obținute în figura 4 observăm că, în EI de CS preponderent a fost afectată valva mitrală în 56%, urmată de valva aortală în 39%, și doar în 5% valva tricuspidă, ultima deseori fiind asociată afectării valvelor mitrală și aortală. La pacienții cu EI de CD în 72% a fost afectată valva tricuspidă, în 14% valva arterei pulmonare și în 14% valva Eustache.

În imaginile ulterioare prezentăm secvențe ecocardiografice la pacienții cu EI de CS.



Imaginea 1. Examen EcoCG Vegetații de dimensiuni mari, 11 mm pe valva aortică.



Imaginea 2. Examen Doppler EcoCG Insuficiența VAo gr. III

La pacienții cu EI de CS au fost depistate vegetații de dimensiuni mici, < 10 mm – în 58% cazuri, cu dimensiunile cuprinse între 11-20mm în 31% și mai mari de 20 mm în 11%, iar în EI de CD vegetații de dimensiuni medii și mari s-au depistat în 57 % și respectiv 29%, iar mici în 14%. Este demonstrat faptul că în EI de CS se dezvoltă preponderent emboliile sistemice, iar în EI de CD emboliile pulmonare complicate cu pneumonii septice distructive. Rezultatele studiului nostru relevă că, pentru pacienții cu EI de CS au fost caracteristice emboliile sistemice în 20,8% cazuri, cu prevalarea afectării vaselor cerebrale, renale și extremităților în 25% ,19% și 13% respectiv, splenice, mezenterice și oculare în a câte 6% fiecare. Iar pentru EI de CD, în exclusivitate - 100%, pacienții au dezvoltat embolii pulmonare cu pneumonii septice distructive. Predictorii riscului înalt pentru dezvoltarea emboliilor se consideră mărimea vegetației, sediul aortal și mitral al acestora, triger-ul stafilococic [3].

Concluzii

1. EI de cord stâng s-a dezvoltat mai frecvent, în 94,7% cazuri decât EI de cord drept, preponderent la bărbați – în 65% cazuri.
2. La pacienții cu EI de cord stâng au prevalat semnele insuficienței cardiace în 97%, sindromul toxico-infecțios în 89% cazuri, cu subfebriliate în EI la vârstnici și embolii sistemice.
3. EI de cord stâng s-a instalat preponderent la pacienți cu maladii cardiace predispozante: valvulopatii reumatismale în 56%, proteze valvulare – 25,6% și cardiopatii congenitale – 8,8%.
5. Agenții etiologici predominanți în EI de cord stâng au fost streptococii în 47%, iar în EI de cord drept – stafilococii în 83% cazuri.
6. La pacienții cu EI de cord stâng au fost afectate valvele mitrală și aortală în 56% și 39%.
7. Pacienții cu EI de cord stâng au dezvoltat embolii sistemice, iar cei cu EI de cord drept embolii pulmonare cu pneumonii distructive.

Bibliografie

1. Habib G., Hoen B., Tornos P., Thuny F., Prendergast B., Vilacosta I., et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis. Eur Heart J. 2009; 30: 369-413.
2. Hill E.E., 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.
3. Hoen B., Duval X. Infective Endocarditis. The new England journal of Medicine 2013; 368:1425-1433
4. Murdoch D.R., Corey G.R., Hoen B., Miró J.M. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. Arch Intern Med. 2009; 169(5):463-73
5. 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