

ASPECTE PARTICULARE DE ENDOCARDITĂ BACTERIANĂ PE CORD INDEMN – PREZENTARE DE CAZ

LILIANA COLDEA¹¹Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie: *Rezumat:* Endocardita infecțioasă reprezintă o entitate patologică cu numeroase probleme de diagnostic și asistență medicală. Hemocultura și ecografia reprezintă elemente indispensabile în diagnostic și tratament. Ecografia transesofagiană permite localizarea exactă a leziunilor conform segmentației Carpentier. Ecocardiografia transesofagiană ar trebui folosită numai la pacienții protezați sau atunci când cea transtoracică este tehnic inadecvată sau indică probabilitatea de endocardită. În caz de probabilitate intermediară și înaltă, ecografia transtoracică ar trebui să fie procedura diagnostică.

Keywords: *Abstract:* Infective endocarditis is a pathological entity with numerous problems of diagnosis and medical assistance. Positive blood cultures and echocardiography are indispensable elements in diagnosis and treatment. Transesophageal ultrasound allows accurate localization of lesions according to Carpentier segmentations. Transesophageal echocardiography should be used only in patients with prosthesis or when the transthoracic is inadequate technically or indicates the likelihood of endocarditis. In the case of intermediate and high probability, transthoracic ultrasound should be the procedure to diagnose.

PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unei paciente de 59 ani, cu antecedente personale patologice de hepatită cronică virală C și tuberculoză renală care s-a prezentat la camera de gardă pentru febră (38 – 38,6°C) apărută la 2 zile de la externare din alt spital, frisoane, transpirații, astenie, fatigabilitate, dureri abdominale difuze, dureri toracice anterioare, palpitații. La internarea precedentă s-a descoperit o infecție urinară cu enterobacter și exudat faringian cu piocianic pentru care a urmat tratament cu antibiotic conform antibiogramei.

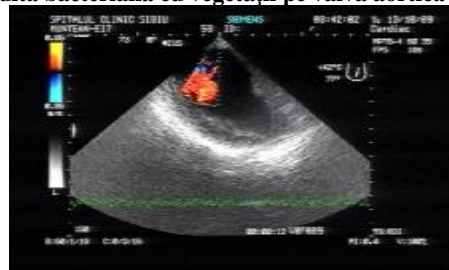
Examenul clinic la internare a relevat stare generală influențată, subfebrilă (37,8°C), tegumente palide, mucoase uscate, TA – 110/80 mmHg, AV – 92/min., abdomen suplu, elastic, nedureros, ficat și splină nepalpabilă.

Analizele de laborator au evidențiat sindrom inflamator biologic (VSH – 70 mm/h; fibrinogen – 668 mg/dl; PCR – 6 mg/l); leucopenie (Leucocite – 1400/mm³), anemie hipocromă normocitară (Hemoglobina – 12,2 g/dl; Hematocrit – 36,8 %; Eritrocite – 4530000/mm³; VEM – 81,4 fl; HEM – 27 g; CHEM – 33,1 %), sindrom de hepatocitoliză (TGO – 49,5 ui/L; TGP – 75,8 ui/L), sindrom de colestată (gamaGT – 206 UI/L; FAS – 398 UI/L), hipercolesterolemie (colesterol – 217,9 mg/dl) și candidoză bucală. Având în vedere sindromul febril s-a efectuat hemocultură care a fost pozitivă cu staphylococcus haemolyticus. Ulterior s-a efectuat ecografie Doppler cord care evidențiază valve mitrale simple cu închidere normală, insuficiență mitrală minimă, sept interatrial intact, sept interventricular intact, contracții normale, valve tricuspide indemne, valve aortice fără regurgitare și valve aortice în tricuspide care par ușor ecogene pe marginea liberă, uneori dă impresia de ceva atașat de noncoronară.

Pentru confirmarea diagnosticului de endocardită infecțioasă s-a efectuat ecocardiografie Doppler transesofagiană

care pune în evidență cavități libere, cetică de ventricul stâng și drept normală, valve mitrale, tricuspide, pulmonare indemne, valve aortice în tricuspide fără regurgități, 2 vegetații cu margini mai inomogene, ecogene, o vegetație mai mare pe versantul intraaortic. Căile de ejecție a ventriculului stâng și drept sunt libere, septul interatrial și interventricular sunt intacte, fără regurgități, concluzia fiind de endocardită bacteriană cu vegetații pe valva aortică internă – figura nr.1.

Figura nr. 1. Ecocardiografie Doppler transesofagiană - endocardită bacteriană cu vegetații pe valva aortică internă



Pacienta a beneficiat inițial de tratament cu cefalosporine de generația a III-a și chinolone, ulterior după rezultatul hemoculturii și a antibiogramei cu Vancomicină 1 g la 12 ore, care ulterior a fost înlocuită cu Zyvoxid 1 flacon la 12 ore datorită persistenței febrei.

Pe perioada spitalizării timp de 2 săptămâni s-a menținut febrilă, ulterior timp de o săptămână afebrilă. S-a repetat hemocultura după 3 săptămâni de tratament antibiotic și a fost negativă. Evoluția a fost favorabilă fără complicații cardiace sau extracardiace.

Profilul epidemiologic al endocarditei infecțioase s-a schimbat în mod substanțial în ultimii ani, în special în țările

¹Autor corespondent: Liliana Coldea, B-dul Victoriei, Nr. 10, Sibiu, România, E-mail: lilianacoldea@yahoo.com, Tel: +40745 635662
 Articol intrat în redacție în 07.07.2014 și acceptat spre publicare în 25.08.2014
 ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie 2014;2(3):40-41

ASPECTE CLINICE

industrializate. Cunoscută drept o boală a adultului tânăr cu afectare valvulară bine definită anterior (mai ales reumatismală), endocardita infecțioasă afectează acum din ce în ce mai mult pacienții vârstnici adesea ca urmare a procedurilor medicale efectuate la pacienți fără boală valvulară cunoscută sau la purtătorii de proteze valvulare.

În mod tradițional, endocardita infecțioasă stafilococică pe valvă nativă se datorează *S. aureus*, care este cel mai adesea sensibil la oxacilină, cel puțin în endocardita infecțioasă comunitară. În schimb, endocardita infecțioasă stafilococică pe proteză valvulară este mai frecvent cauzată de stafilococi coagulazo-negativi (SCN) rezistenți la oxacilină.

În studiile occidentale, frecvența endocarditei infecțioase cu hemoculturi negative era relativ crescută în timpul anilor 1970, între valori de 2,5 – 31 %. În ultimul timp, datorită dezvoltării tehnicilor microbiologice se constată o frecvență mai scăzută de 11 – 15 %.(1,2,3,4) Valorile minime de 5 % raportate în alte studii se datorează aplicării vechilor criterii ale lui Von Reyn care sunt mai stricte sau unor greșeli de selectare. În același timp, în țările în curs de dezvoltare, frecvența endocarditei infecțioase cu hemoculturi negative rămâne ridicată (50 – 60 %).(5,6,7,8,9) Mai mulți factori etiologici explică negativitatea hemoculturilor și variabilitatea frecvenței lor în cursul endocarditei infecțioase.(3,6) Cunoașterea acestor factori este esențială pentru un diagnostic și tratament adecvat.(10,11)

Concluzii:

Nu pot fi ignorate încă manifestările clinice ale endocarditei infecțioase. Endocardita infecțioasă rămâne o problemă importantă de patologie care necesită numeroase investigații și terapii complexe. Manifestările clinice ale endocarditei infecțioase reprezintă sursa de demarare a diagnosticului, urmărirea evoluției pe lângă elementele definitorii ale ecocardiografiei toracice și esofagiene.

REFERINTE

1. Barnes PD, Crook DW. Culture negative endocarditis, *J Infect* 1997;35:209-13.
2. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. *Circulation* 1998;98:2936-48.
3. Ben Smail M, Hannachi N, Kaabar Z, Rouge JF. Les endocardites infectieuses à propos de 210 cas, *Info Cardiol* 1986;877-904.
4. Bouza E, Menasalvas A, Munoz P, Vasallo FJ, Del Mar Moreno M, Garcia Fernandez MA. Infective endocarditis – a prospective study at the end of the twentieth century: new predisposing conditions, new etiologic agents, and still a high mortality, *Medicine (Baltimore)* 2001;80:298-307.
5. Delahaye F, Goulet V, Lacassin F et al. Incidence, caractéristiques démographiques, cliniques, microbiologiques et évolutives de l'endocardite infectieuse en France en 1990 – 1991, *Med Mal Infect* 1992;22(spécial): 975-86.
6. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service, *Am J Med* 1994;96:200-9
7. Mylonakis E, Calderwood SB. Infective endocarditis in adults, *N Engl J Med* 2001;345:1318-30
8. Tunkel AR, Kaye D. Endocarditis with negative blood cultures, *N Engl J Med* 1992;326:1215-7.
9. Von Reyn CF, Levy BS, Arbeit RD, Valkenburg G, Crumpacker CS. Infective endocarditis: an analysis based on strict case definitions, *Ann Intern Med* 1981;94:505-18.
10. Zamorano J, Sanz J, Moreno R et al. Comparison of outcome in patients with culture – negative versus culture – positive active infective endocarditis, *Am J Cardiol* 2001;87:1423-5
11. Jonathan R, Lindner R, Alex Case, John M. Dent et al. Diagnostic Value of Echocardiography in Suspected Endocarditis, *Circulation* 1996;93:730-736.