

ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ CU DEBUT NEUROLOGIC

Ala Soroceanu¹ – dr. în șt. med., Livi Grib¹ – dr. hab. în șt. med, prof. univ.,
Alexandra Grejdieru¹ – dr. în șt. med, conf. univ., Galina Zavatin⁴ – medic internist,
Marcel Abraș¹ – dr. în șt. med., conf. univ., Serghei Soroceanu² – medic neurolog,
Valentina Vorobjit¹ – dr. în șt. med, conf. univ., V. Ceachișciuc⁴,
Irina Cardaniuc⁴ – medic specialist funcționalist,
Natalia Danilov³ – medic specialist, medicina de familie,
Carolina Sănduță⁴ – medic imagist, Anatolie Danilov³ – medic rezident,
Oleg Toncoglaz⁴ – medic neurolog, Olga Rotari¹ – medic rezident,
Anastasia Nani¹ – medic rezident, Cristina Martîn¹ – medic rezident,

¹ USMF „Nicolae Testemițanu”,

² Spitalul Militar Central,

³ Universitatea de Medicină „Iuliu Hațieganu,, Cluj-Napoca, România,

⁴ Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime,,

ala.soroceanu@usmf.md

Rezumat

Prezentăm cazul unui adult în vârstă de 46 ani, nefumător, care se internează în context febril și alterarea stării generale. Diagnosticul confirmat anterior la examenul ecocardiografic prin prezența vegetațiilor de dimensiuni mari pe valva mitrală și valva aortică, iar agentul etiologic nedepistat la hemoculturi repetate, a fost multidrug-rezistent. Pe parcursul spitalizării și al tratamentului, persistă simptomatologia de endocardită infecțioasă, ce culminează cu insuficiență cardiacă avansată. Particularitățile cazului constau în: a) debutul endocarditei prin embolie cerebrală b) rezistența înaltă a agentului patogen.

Cuvinte-cheie: endocardita infecțioasă multidrug rezistentă, vegetații de dimensiuni mari, accidentul vascular cerebral

Summary. Infective endocarditis with neurological onset

We present the case of an adult aged 46, smoker, who is hospitalized in febrile context and impaired general condition. The diagnosis confirmed by echocardiography prior to the presence of large vegetations on the mitral valve and aortic valve and the etiologic agent undetected repeated blood cultures, were multidrug resistant. During hospitalization and treatment of infective endocarditis symptoms persist, culminating with advanced heart failure. Particularities of the case are: a) endocarditis with cerebral embolism onset b) high resistance to the pathogen agent.

Key words. multidrug resistant infective endocarditis, large vegetation, stroke

Резюме. Инфекционный эндокардит с неврологическим дебютом

Мы представляем клинический случай пациента в возрасте 46 лет, курильщик, который госпитализирован с продолжительной температурой и общим недомоганием. Ранее диагноз был подтвержден с помощью эхокардиографии - наличие больших вегетаций на митральном клапане и клапане аорты. Бактерии, обнаруженные при

повторных гемокультурах, обладали множественной лекарственной устойчивостью. На протяжении госпитализации и лечения, симптомы инфекционного эндокардита сохранялись, которые впоследствии привели к тяжелой сердечной недостаточности. Особенности случая: а) дебют эндокардита с церебральной эмболии б) высокая устойчивость возбудителя.

Ключевые слова: множественно лекарственно-устойчивой инфекционный эндокардит, инсульт, большие вегетации

Introducere

Endocardita infecțioasă este o patologie a structurilor cardiovasculare caracterizată prin colonizarea și invazia endocardului de către microorganisme patogene, determinând formarea de vegetații care reprezintă mase friabile, amorfe, alcătuite din plachete, fibrină, microorganisme și celule inflamatorii. Manifestările clinice ale endocarditei infecțioase au o mare variabilitate, de la „Endocardita morbidă” cu debut acut, febră și evoluție rapidă spre insuficiență cardiacă congestivă, până la evoluție lentă insidioasă, marcată în principal de simptome sistemice, nespecifice precum fatigabilitate, anorexie, subfebrilitate. Evenimentele neurologice apar în 20-40% de cazuri. Accidentul vascular cerebral fiind asociat cu o mortalitate înaltă. Prezentăm cazul clinic a unui pacient de vârstă tânără care a avut debut de endocardită infecțioasă prin accident vascular cerebral.

Cazul clinic al pacientului S., 46 ani internat în secția reabilitare cardiacă a IMSP SCM „Sf. Treime” cu diagnosticul „Endocardită infecțioasă primară, cu hemoculturi negative cu afectarea valvei aortale și mitrale (vegetații și regurgitare în creștere). Insuficiența valvei aortale gr. III. Insuficiența valvei mitrale gr. III. Insuficiența valvei tricuspide gr. II. Insuficiența valvei pulmonare gr. II. Hipertensiune pulmonară moderată. IC II NYHA st. B ACC/AHA”.

Acuze la internare: Stare subfebrilă cu creșteri epizodice a temperaturii până la 38 °C. Dureri precordiale cu iradiere în hemitoracele stâng la efort fizic moderat, fatigabilitate, palpitații cardiace. **Anamneza bolii:** Se consideră bolnav timp de 2 luni, când au apărut episoade de subfebrilitate cu fatigabilitate. Se adresează inițial la medicul de familie, unde se efectuează examenul paraclinic, depistându-se anemie gr.I. Pe parcursul unei luni starea pacientului s-a înăsprit cu persistența febrei și exprimarea anemiei. Pacientul a administrat desinestătător Bicilină i.m timp de câteva luni cu o usoară ameliorare clinică. A fost internat în secția neurologie cu hemipareză pe stânga. La persistența febrei pe fon de antibioticoterapie a fost solicitată consultația internistului, care indică examenul ecocardiografic, depistându-se vegetații pe valva mitrală. În urma consiliului medical s-a stabilit diagnosticul de endocardită infecțioasă și s-a decis de a fi transferat în secția cardiologie pentru tratament specializat. Luând în considerație vegetațiile

mari depistate la Ecocg, care sunt indicații pentru tratamentul chirurgical, s-a propus pacientului intervenție chirurgicală de la care s-a refuzat. A administrat tratament cu dublă antibioticoterapie timp de două săptămâni, cu evoluție clinică și paraclinică eficientă, după care la domiciliu a urmat indicațiile terapeutice în doze insuficiente, iar după 10 zile a abandonat tratamentul la inițiativa proprie. Ulterior au reapărut febra până la 38°C, fatigabilitatea, dispneea în timpul efortului fizic minimal, pentru care pacientul a fost reinternat în secția de cardiologie. **Date obiective:** Starea generală de gravitate medie. Poziția bolnavului: pasivă. Tulburări de conștiință nu prezintă. Tip constituțional: astenic. Culoarea tegumentelor și mucoaselor: pală. Turgorul păstrat, elasticitatea puțin scăzută. Țesutul adipos: plica inghinală=1 cm. Erupții cutanate: peteșii la antebrațul drept. Edeme periferice intense. Aparatul locomotor: musculatura puțin dezvoltată, tonus muscular micșorat. Ganglionii limfatici periferici: nu se palpează. Elasticitatea cutiei toracice păstrată. Percutor se determină submatitate pe dreapta inferior. Auscultativ murmurul vezicular diminuat pe dreapta, lobul inferior. FR =22 r/min. Șocul apexian se determină în spațiul V intercostal, cu 1,5 cm. Lateral de linia medioclaviculară stângă. Zgomotele cardiace ritmice, zgomotul I diminuat la apex, accentul zgomotului II la aortă, suflu diastolic cu sediul la aortă. FCC 90 b/min, TA- 160/ 40 mm Hg. Limba saburală. Cavitățile bucale cu dinți cariați. Abdomenul moale, indolor la palpare. Ficatul și splina nu se palpează. Tranzitul intestinal prezent frecvent. Scaun diareic de două săptămâni. Micțiuni libere, indolore. Semnul Giordani negativ bilateral.

Examenul paraclinic: fără particularități semnificative.

Consultația neurologului: Boală cerebrovasculară acută. Accident cerebral vascular ischemic în bazinul arterei cerebrale medii pe dreapta. Hemipareză pe stânga.

Tomografia computerizată a creierului fără contrast (ianuarie 2016). Concluzie: Semne CT pentru AVC ischemic acut-subacut pe dreapta. Angioencefalopatie discirculatorie.

Examenul echocardiografic: Aorta asc 30 mm, AS 72x50 mm, AD 64x42 mm, VD 37 mm, DTD 54, DTS 43, PPVS 10 mm, SIV 9 mm, VTD 181, VTS 79, FE 56%. **Concluzie:** Examinare pe fon de fibrilație

atrială. Pe marginea CMP se determina o formațiune flotantă 12x15 mm, pe CMA 5x7 mm posibil vegetații. VAo îndurate, Ca ++. Dilatare considerabilă a AS, AD, VD, moderată a VS. Funcția de pompă a m-lui VS este moderat redusă. FE 56%. Doppler Echo-CS: Insuficiența VAo gr I-II, VM gr IV, VTr gr.III, VAP gr I. HTP moderată.

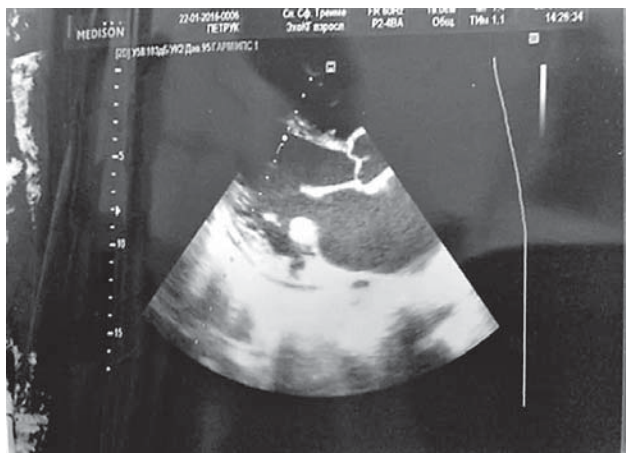


Fig. 1. Examenul ecocardiografic cu depistarea vegetațiilor flotante

Ecografia organelor interne: Schimbări difuze în parenchimul ficatului moderate în pancreas. Lichid liber în cavitatea abdominală. Colecistită cronică alitiazică. Nivele hidroaerice mixte unice. Pneumatoză. Aer liber sub diafragm nu se vizualizează.

Radiografia cutiei toracice: (februarie 2016) Desenul pulmonar accentuat bilateral difuz. În S9 pe dreapta - infiltrate pneumonice. Hilurile pulmonare sunt reactive bilateral. Sinusul costo-diafragmal pe dreapta este opacifiat, pe stânga liber. Diafragma la nivelul coastei V pe dreapta. Cord marit. IcCT=0,68. (martie 2016): bilateral pe fon de modificări hemodinamice evidente se constată infiltrația pulmonară bilaterală subtotală. Hilurile evident lărgite, omogene. Diafragma neclar, posibil colecție mică de lichid în cavitățile pleurale. Dinamica r.logică negativă 7-14.03.2013. Pneumonie bilaterală subtotală septică pe fon de patologie de bază. Pneumonită bilaterală.

Tomografia computerizată a toracelui și mediastinului fără contrast: Semne CT pentru infiltrație pneumonică restantă în S9 pe dreapta. Pleurezie bilateral, cu accent pe dreapta. Limfadenopatie mediastinală reactivă. Cardiomegalie. Pericardita exudativă.

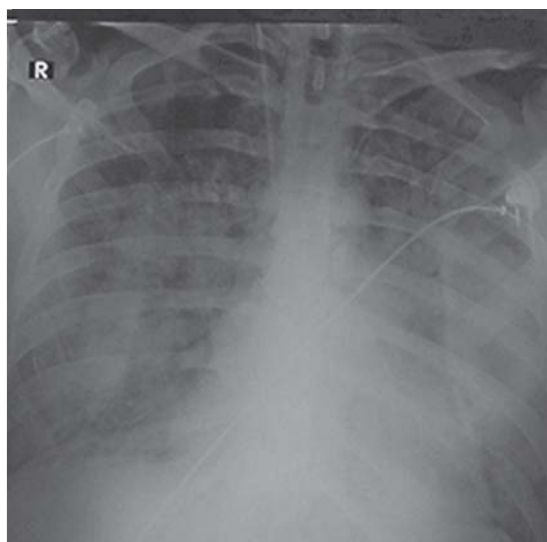
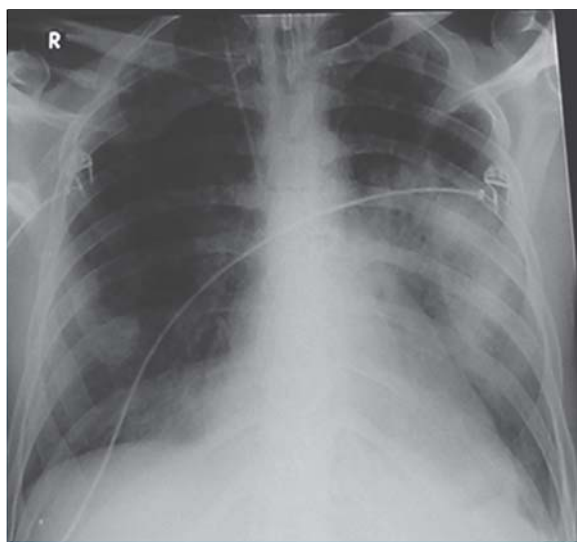


Fig. 2. Pneumonia septică cu abcedare bilaterală progresivă

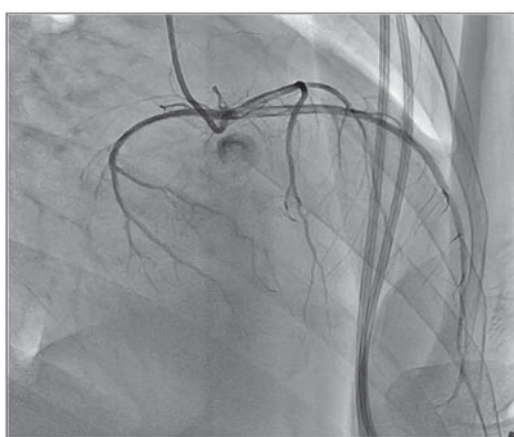
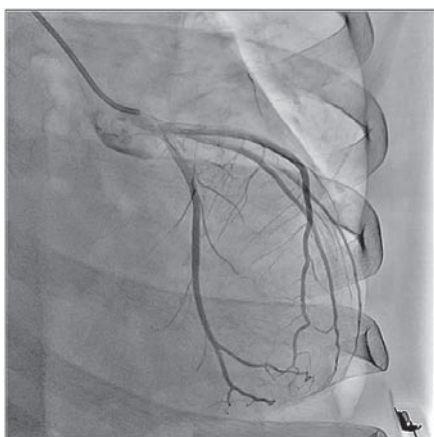


Fig. 3. Rezultatele angiocoronarografiei

Coronarografia: Leziuni aterosclerotice pe arterele coronare nu s-au depistat.

Hemocultura din trei vene periferice în puseul febril. Agent patogen nu s-a însămânțat: hemocultura negativă.

Urocultura - microflora nu a crescut.

Ac anti HIV - negativ.

Examenul microbiologic. Sensibilitatea culturii, Frotiu de pe mucoasa nazofaringelui (16.02. 2016): H.Influenzae 10⁵, Candida albicans 10³. Rezistent: Ampicilină, amoxicilină, azitromicină, ceftriaxon. Sensibil: Doxaciclină, ciprofloxacină, imipenem.

Analizele de laborator:

Tabelul 1

Hemoleucograma

	Ziua 1	Ziua 14
Hemoglobina (g/l)	107	114
Eritrocite (10 ¹² /l)	3.2	3.9
Leucocite (10 ⁹ /l)	7.3	9.4
VSH (mm/h)	35	32

Tabelul 2

Examenul biochimic

Data	15.02	22.02	martie
Ureea	12,4	16,7	5,4
Bilirubina totală	38	14,1	
Bilirubina directă	13	14,1	
Bilirubina indirect	25		
ALAT	262	148	10
ASAT	93	39	13
Proteina totală	71		
Creatinina	101	100	90
K	4,5	4,6	
Na	137	134	
Protrombina	60		
Fibrinogen	3,3		
AVR	76		
Ht	30		
CK-MB	31		
LDG	652		
Colesterol		3,6	5,8
TAG		0,96	0.91

Tabelul 3

Probele reumatice

Proteina C-reactivă (Un/ml)	48
Factorul reumatoid (Un/ml)	8
ASLO (Un/ml)	400

Tabelul 4

Analiza generală a urinei

Date	15.02	24.02
Cantitate	50	160
Culoare	galb	g/pai

Transparenta	transp	p/tulbure
Densitatea	1010	1020
Proteina	-	0,17g/l
Reactia	acida	Acida
Leucocite	7-8	21-25 c/v
Eritrocite	15-20	10-18 c/v
Epitelii	6-8	
Cilindri		3-4 c/v

Tratamentul efectuat: pacientul a administrat antibioticoterapie combinată: Ceftriaxon 4gr/zi i/v + Ciprofloxacină 800 ml/zi i/v, apoi peste trei zile s-a suplimentat cu Metronidazol 100 ml i/v. La persistența febrei și agravării stării generale s-a suspendat această combinație, fiind înlocuită cu Vancomicină 2 gr./zi i/v + Gentamicină 240 mg./zi i/v. Din cauza intoleranței la Vancomicină s-a suspendat aceste preparate după 5 zile de tratament, optându-se pentru Imipenem 1 gr/zi i/v. Concomitent s-a administrat Bisoprolol 2,5 mg/zi, Aspirină 75 mg/zi, Spironolactonă 25 mg/zi, Fluconazol 150 mg 1 tab la fiecare 3 zile, Bifiform, lactobacterii. Starea generală foarte gravă a pacientului, au impus transferul bolnavului în secție de terapie intensivă.

Diagnosticul clinic: „Endocardită infecțioasă primară, cu hemoculturi negative cu afectarea valvei aortale și mitrale (vegetații și regurgitare în creștere). Insuficiența valvei aortale gr. III. Insuficiența valvei mitrale gr. III. Insuficiența valvei tricuspide gr. II. Insuficiența valvei pulmonare gr. II. Hipertensiune pulmonară moderată. IC III NYHA. Pneumonie septică bilaterală cu distrucție, subtotală cu microabcedări. Insuficiență respiratorie II, Pacientul a urmat tratament medicamentos în secția terapie intensivă a altui spital cu Imipenem, Levofloxacină, Metronidazol pe fondul căruia progresiv se alterează starea generală. Starea septică, pneumonia septică cu abcedare bilaterală (fig. 1) precum și insuficiența cardiacă și respiratorie acută, au fost indicațiile vitale pentru operație pe cord. Pacientul necomplian, a refuzat efectuarea intervenției cardiocirurgicale.

Discuții: Manifestările clinice ale Endocarditei infecțioase au o mare variabilitate, de la „Endocardita morbidă” cu debut acut, febră și evoluție rapidă spre insuficiență cardiacă congestivă, până la evoluție lentă insidioasă, marcată în principal de simptome sistemice, nespecifice precum fatigabilitate, anorexie, subfebrilitate. Evenimentele neurologice apar în 20-40% de cazuri. Accidentul vascular cerebral fiind asociat cu o mortalitate înaltă. Prezentăm cazul clinic a unui pacient de vârstă tânără care a avut debut de endocardită infecțioasă prin accident vascular cerebral. O serie de semne clasice periferice apar în cazul endocarditei infecțioase cu evoluție latentă, având ca

substrat fie un mecanism imunologic, prin formare de complexe immune circulante, fie un mecanism embolic, prin ruperea vegetațiilor și migrarea lor în circuitul sistemic. Conform datelor literaturii de specialitate complicațiile embolice pot apărea în circa 65% cazuri de endocardită infecțioasă, locul preferențial fiind sistemul nervos central. Evenimentele neurologice apar în 20-40% de cazuri. Accidentul vascular cerebral fiind asociat cu o mortalitate înaltă.

Concluzie: Infecția necontrolată din cadrul endocarditei infecțioase aflată în strânsă asociere cu extensiile perivalvulare sau cu organisme multirezistente e curabilă doar prin tratament chirurgical, particularitate caracteristică cazului expus. Specificul acestuia a fost depistarea endocarditei infecțioase cu debut neurologic, dezvoltată la un pacient necompliant, fenomen ce se soldează în majoritatea cazurilor

cu prognostic nefavorabil și mortalitate de cauză cardiovasculară majoră.

Bibliografie

1. Hoen B, Duval X. *Infective endocarditis*. N Engl J Med. 2013;369 (8):78.
2. Hoen B, Duval X.. *Clinical practice. Infective endocarditis*. N Engl J Med. 2013;368 (15):1425–1433.
3. Sy RW, Kritharides L. *Health care exposure and age in infective endocarditis: results of a contemporary population-based profile of 1536 patients in Australia*. Eur Heart J. 2010;31 (15):1890–1897.
4. Keynan Y, Rubinstein E. *Pathophysiology of infective endocarditis*. Curr Infect Dis Rep. 2013;15(4):342–346.
5. García-Cabrera E, Fernández-Hidalgo N, Almirante B, et al. *Neurological complications of infective endocarditis: risk factors, outcome, and impact of cardiac surgery: a multicenter observational study*. Circulation. 2013;127 (23):2272–2284.