

ENDOCARDITĂ STAFILOCOCICĂ TRICUSPIDIANĂ – PREZENTARE DE CAZ

Irina Niculescu¹, A. Cupșa,¹ I. Diaconescu,¹ L. Giubelan¹, Florentina Dumitrescu¹,
Manuela Mușă², Ștefania Ionescu²

¹ U.M.F. Craiova

² Spitalul de Boli Infecțioase și Pneumoftiziologie „Victor Babeș”, Craiova

Cuvinte cheie

Endocardită infecțioasă,
Stafilococul auriu

Introducere: Endocardita infecțioasă (EI), boală relativ rar întâlnită poate îmbrăca aspect de sepsis și poate constitui o provocare diagnostică și terapeutică. Localizarea tricuspidiană (T) a EI este rară și poate fi mută auscultator.

Prezentare de caz: Prezentăm cazul unui pacient (Px) de 59 ani, sex M, fără antecedente semnificative care se prezintă la camera de gardă pentru febră mare, tuse productivă, dispnee, edeme gambiere. Datele anamnestice relevă debut insidios, cu 6-7 săptămâni anterior, cu sindrom astenic; de 4-5 săptămâni se adaugă febra moderată, un sindrom dispeptic frust, iar cu 10 zile anterior prezintă un episod de lipotimie. Examenul obiectiv evidențiază un Px febril, palid, cu tuse productivă, polipnee (FR=22r/min), sindrom de condensare pulmonară bazal dreapta, cord ritmic, tahicardic (AV=94b/min) fără elemente stetacustice supraadăugate, edeme gambiere, hepatosplenomegalie, dureri lombare cu iradiere la nivelul membrului inferior stâng și impotență funcțională moderată. Din explorările paraclinice inițiale, de reținut: anemie, leucocitoză ușoară cu neutrofilie, sindrom inflamator biologic prezent, hemoculturi repetate (3) cu *Staphylococcus aureus*, radiografia pulmonară: condensare pulmonară întinsă bazal dreapta. Tratamentul cu Linezolid nu ameliorează condiția Px. Ecografia Doppler cardiacă evidențiază formațiune cu aspect de vegetație la nivelul valvei tricuspide. Sub tratament cu Vancomicină, apoi Oxacilină evoluția este favorabilă, la 10 zile de la externare beneficiind de protezare valvulară. *Discuții:* În spatele unui sepsis s-a aflat o EIT stafilococică la un Px fără teren particular și auscultator mută care a ridicat probleme de diagnostic. Evoluția nefavorabilă sub Linezolid inițial, apoi sub Vancomicină (s-a indicat Vancomicină, din cauza absenței medicației de primă intenție din farmacie) a ridicat probleme terapeutice.

Keywords

Infective endocarditis,
Staphylococcus aureus

Tricuspidal staphylococcal endocarditis - case presentation

Background: Infective endocarditis (IE), relatively uncommon disease could have a clinical presentation of sepsis and could be a clinical and therapeutic challenge. The tricuspid valve rarely is involved and audible heart murmurs may be absent in this case. *Case presentation:* We present the case of a 59 previously healthy male, who visits ER for fever, productive cough, dyspnea and feet edema. Insidious onset (6 to 7 weeks previously) with asthenia, fever (started 1 to 2 weeks after the onset) Ten days later the patient (Px) becomes unconscious. Clinically: fever, palor, productive cough, polypnea, signs of right basal pneumonia, tachycardia (but no murmurs), feet edema, liver and spleen enlargements, lumbar pain and *functio laesa* of the left foot. Biologically: anemia, mild leukocytosis with 77% neutrophils, increased ESR (107/120 mm/h), CRP detected in serum, 3 blood culture positive for *Staphylococcus aureus*. X-rays shows pneumonia. Treatment with Linesolid has no benefit. Examination of the heart using Doppler ultrasound reveals a tricuspidal 12 mm (then 18 mm) upgrowth. Vancomycin is the second choice for an antibiotic and then Oxacilin and the fever vanishes, blood cultures becomes negatives and clinical signs attenuates. Ten days after discharge Px underwent cardiac surgery for valvular prosthesis implant. *Discussion:* sepsis has been the foreground for a mute tricuspidal IE due to *S. aureus*, emerged in a normal host, representing a diagnostic riddle, as well as challenging the clinician about antibiotic options and case management.

Introducere

Endocardita infecțioasă (EI) este o suferință relativ rar întâlnită. Sunt citate în literatură valori ale incidenței acesteia cuprinse între 1,4-4,2 cazuri la 100000 locuitori pe an.^{3,4} Vârsta medie a pacienților cu EI a crescut progresiv de-a lungul timpului, astfel că în prezent, mai mult de jumătate din pacienții cu EI au peste 50 ani.^{3,4} Distribuția pe sexe este în favoarea sexului masculin, afectat de aproximativ 2 ori mai frecvent⁴. În ceea ce privește localizarea valvulară a EI sunt citate în literatură diferențe⁴, astfel: cel mai frecvent este afectată valva mitrală (28-45% din cazuri), urmată de valva aortică (0-36%), ambele (0-35%), valva tricuspida (0-6%), valva pulmonară (<1%). EI a cordului drept este rar întâlnită (excepție fac totuși consumatorii de droguri pe cele intravenoasă și pacienții cu dispoziție intravasculare). Stafilococii determină cel puțin 20-30% din cazurile de EI³, iar 80-90% din acestea sunt determinate de *Staphylococcus aureus* coagulazo-pozitiv. Doar o parte din pacienții cu bacteriemie cu *S. aureus* dezvoltă EI^{1,3,4}. Tabloul clinic al EI stafilococice este relativ necaracteristic. Suflurile cardiace pot fi absente în EI a cordului drept. În multe cazuri este imposibil de diferențiat o bacteriemie cu *S. aureus* de o EI stafilococică doar pe criterii clinice, de un real ajutor fiind în aceste cazuri ecocardiografia⁶. Abcesele miocardice, pericardita purulentă, prezența altor determinări septice (plămân, encefal, splină, rinichi), sunt mai frecvent întâlnite decât în alte forme de EI.^{3,6} Complicațiile neurologice apar într-un procent ce variază între 38-41% cazurile de EI⁵ în EI stafilococică incidența complicațiilor neurologice atingând 54% din cazuri⁵. Aceste manifestări pot fi uneori primul semn al bolii⁵ și pot fi reprezentate de: tulburări ale stării de cunoștință, tulburări comportamentale, accidente vasculare cerebrale ischemice, hemoragice, dureri lombare (explicate prin depunerea de complexe imune la nivelul discurilor intervertebrale¹). EI stafilococică are o rată a mortalității ridicată (30-45%)^{1,3,4,6}.

Diagnosticul EI stafilococice poate fi dificil (există autori care recomandă ca metodă de screening ecocardiografia la pacienții cu bacteriemie cu *S. aureus*⁶), rata mortalității este ridicată, astfel că boala poate constitui o provocare diagnostică și terapeutică.

Prezentare de caz

Prezentăm cazul unui pacient (Px) de 59 ani, sex M, fără antecedente semnificative care se

prezintă pentru febră mare, tuse productivă, dispnee, edeme gambiere, la Spitalul Clinic „Victor Babeș” Craiova, unde este internat în perioada 08.07.2006-23.08.2006.

Boala a debutat insidios, cu 6-7 săptămâni anterior, cu sindrom astenic și episoade de edeme gambiere remise spontan; cu 4-5 săptămâni anterior se adaugă febra moderată, un sindrom dispeptic frust, cefalee, iar cu 10 zile anterior Px prezintă un episod de lipotimie, cu pierderea stării de cunoștință pentru 10-15' pentru care se prezintă la Spitalul Clinic de Urgență Craiova, unde se evidențiază prezența unui sindrom meningeal febril. Este îndrumat la Spitalul Clinic „Victor Babeș” Craiova, unde este internat în perioada 28.06.2006-06.07.2006 cu diagnosticul: Pneumonie acută. Meningism. La 2 zile de la externare reapare febra înaltă, tuse productivă, dispnee, edeme gambiere și revine pentru internare.

Examenul obiectiv evidențiază un Px febril, palid, tuse productivă, polipnee (22r/min), sindrom de condensare pulmonară bazal dreapta, cord ritmic, tahicardic (AV=94b/min), auscultator cardiac fără elemente stetacustice supraadăugate, TA=110/60 mmHg, edeme gambiere, hepatomegalie, splenomegalie, dureri lombare cu iradiere la nivelul membrului inferior stâng și impotență funcțională moderată.

Explorările paraclinice inițiale relevă: anemie (Hb=9,2 g%), leucocitoză ușoară (9600 elem/mm³) cu neutrofilie (77%), VSH: 107/120mm, PCR pozitivă, hemocultură cu *Staphylococcus aureus*. Radiografia pulmonară: condensare pulmonară întinsă bazal dreapta și mai redusă bazal stânga și mărirea diametrului transvers al cordului.

Un prim diagnostic de etapă orientează spre o pneumonie acută, introducându-se inițial tratament antibiotic cu Linezolid (*S. aureus* sensibil la Linezolid), AINS, simptomatice sub care Px continuă să febriciteze (fig. 1), să prezinte tuse, dispnee, astenie marcată, motiv pentru care se continuă investigațiile.

Explorările paraclinice ulterioare evidențiază accentuarea anemiei (Hb=7,7g%), NL normal sau ușor crescut, cu creșterea neutrofilelor, VSH repetat cu valori mari (peste 100mm/h), Quantiferon TB negativ, FR absent, Hemoculturi (2) cu *Staphylococcus aureus* cu același profil de sensibilitate pe antibiogramă cu primul (izolat în prima Hemocultură), restul investigațiilor biologice în limite normale. Consultul neurologic stabilește diagnosticul de radiculopatie L2L3. CT toracic

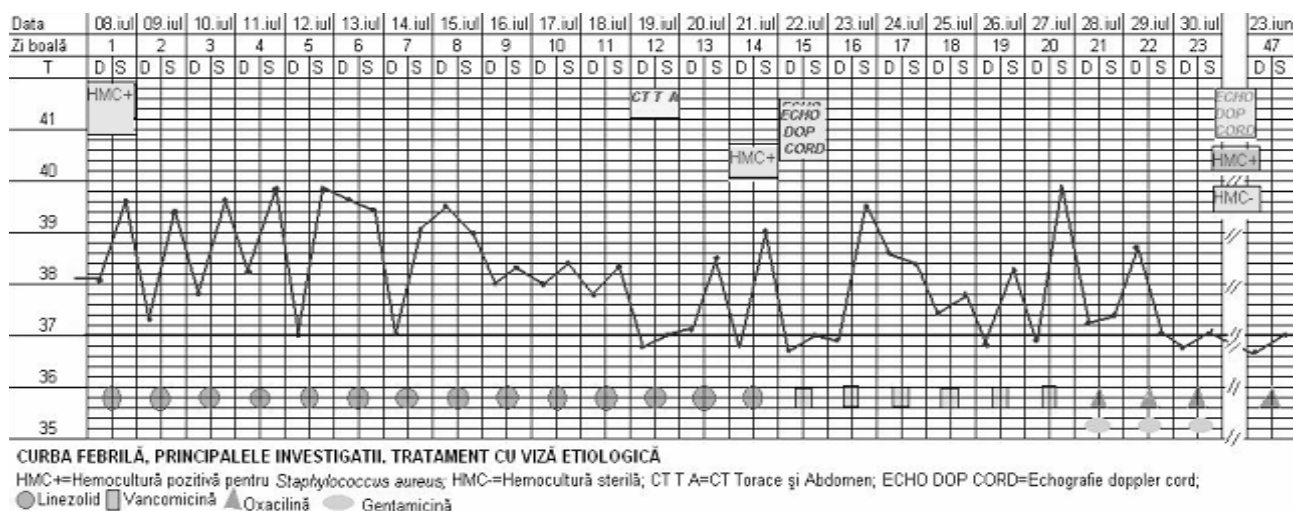


Figura 1 – Curba febrilă și principalele investigații și tratamentul etiologic

evidențiază formațiuni nodulare diseminate în ambele arii pulmonare, colecții lichidiene pleural bilateral și pericardic, adenopatii mediastinale. Echografia Doppler cardiacă: formațiune cu aspect de vegetație la nivelul valvei tricuspide, cu diametrul inițial 12 mm, evolutiv 18 mm. (fig. 2)

Hemoculturile persistent pozitive pentru

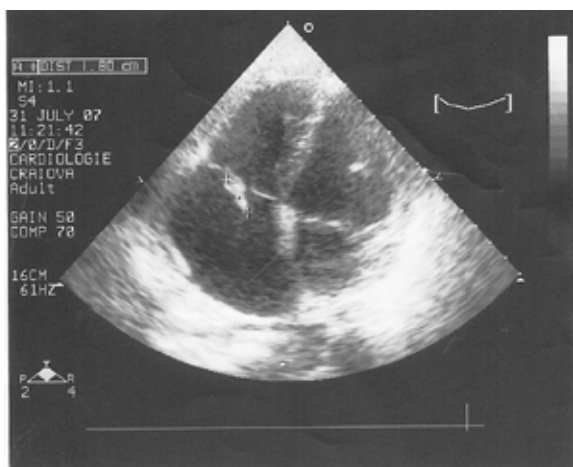


Figura 2 – Echografie Doppler cardiacă

Staphylococcus aureus și aspectul caracteristic al echografiei doppler cardiace stabilesc diagnosticul de EIT stafilococică (întrunind 2 criterii majore conform criteriilor Duke de diagnostic pentru EI).

Se introduce tratament cu: Vancomicină (*S. aureus* sensibil la ambele), AINS, Spironolactonă, simptomatice, febra, astenia, dispneea, persistând; ulterior s-au introdus Oxacilină și Gentamicină (*S. aureus* sensibil la ambele) sub care Px devine afebril, cu atenuarea simptomatologiei și hemoculturi sterile. La 10 zile de la externare bolnavul a beneficiat de protezare valvulară cu evoluție postoperatorie

favorabilă.

Discuții

În spatele unui sepsis s-a aflat o EIT stafilococică la un Px fără teren particular și auscultator mută care a ridicat probleme de diagnostic. De un real ajutor în diagnosticul acestui caz s-a dovedit a fi echografia cardiacă pe care un studiu o recomandă ca metodă de screening pentru pacienții cu bacteriemie cu *S. aureus*, criteriile clinice dovedindu-și uneori ineficiența⁷.

Evoluția nefavorabilă sub Linezolid inițial, apoi sub Vancomicină (s-a indicat Vancomicină, din cauza absenței medicației de primă intenție din farmacie) a ridicat probleme terapeutice; s-a optat pentru Linezolid bănuindu-se inițial o localizare pulmonară a infecției.

De menționat evoluția favorabilă sub asocierea Oxacilină și Gentamicină (7 zile), apoi Oxacilină (încă 4 săptămâni), regim terapeutic în concordanță cu recomandările actuale^{3,4}.

Bibliografie

1. **Brusch JL** - Infective Endocarditis, www.emedicine.com/med/TOPIC671.HTM (accesat 17 feb 2008)
2. **Elliott TS, Foweraker J, Gould FK et al.** - Guidelines for the antibiotic treatment of endocarditis in adults: report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *J Antimicrob Chemother* 2004; 54, 971-81
3. **Fowler VG, Scheld WM, Bayer AS** - Endocarditis and intravascular infections in Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 6th edition, Churchill Livingstone, Philadelphia, 2005; 975-1022
4. **Marill KA** - Endocarditis, www.emedicine.com/emerg/TOPIC164.HTM (accesat 18 feb 2008)
5. **Milind JK** - Neurological Sequelae of Infectious Endocarditis www.emedicine.com/neuro/TOPIC264.HTM (accesat 18 feb 2008)
6. **Roder BL, Wandall DA, Frimodt-Moller N et al** - Clinical Features of *Staphylococcus aureus* Endocarditis A 10-Year Experience in Denmark *Arch Intern Med.* 1999; 159, 462-69