

ABCES DE INEL AORTIC

Aortic ring abscess

Elena Lelia Iordache, Anamaria Avram, Crina Julieta Sinescu

Facultatea de Medicină Generală,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Introducere. Abcesul cardiac este o complicație severă a endocarditei infecțioase. Inelul valvei aortice este mai frecvent afectat decât inelul valvei mitrale.

Materiale și metode. Se prezintă cazul unui pacient internat în secția de cardiologie, evaluat și diagnosticat, ulterior transferat în secția de boli infecțioase pentru tratament.

Rezultate. Prezentăm cazul unui pacient de 72 de ani, internat în secția de cardiologie cu fenomene de insuficiență cardiacă. În urma datelor clinice și paraclinice, se pune diagnosticul de endocardită infecțioasă pe bicuspidie aortică și abces de inel aortic deterjat. Pacientul a fost transferat în secția de Boli Infecțioase pentru asanarea focarului infecțios în vederea intervenției chirurgicale.

Concluzii. Este un caz complex cu abordare multidisciplinară, prezența abcesului inelului aortic fiind un factor de prognostic nefavorabil.

Cuvinte cheie: abces de inel aortic, insuficiență cardiacă, endocardită infecțioasă

ABSTRACT

Introduction. Cardiac abscess is a severe complication of aortic valve endocarditis. The aortic valve ring is more commonly affected than mitral valve ring.

Materials and methods. We report the case of a patient admitted to the cardiology clinic, evaluated, diagnosed and later transferred to the Infectious Disease Clinic for treatment.

Results. We present the case of a patient of 72 years old, hospitalized in the cardiology clinic with symptoms and signs of heart failure. After clinical and laboratory data, it was diagnosed infective endocarditis on bicuspid aortic valve and abscess aortic ring evacuated. The patient was transferred to the infectious diseases clinic for antibiotic treatment.

Conclusions. It is a complex case with multidisciplinary approach, and aortic ring abscess is a poor prognostic factor.

Keywords: aortic ring abscess, heart failure, infective endocarditis

INTRODUCERE

Abcesul cardiac este o complicație severă a endocarditei infecțioase, întâlnindu-se în aproximativ 20-30% în cazul valvelor native și în aproximativ 60% dintre cazurile de endocardită dezvoltată pe proteze valvulare (1,2). Inelul valvei aortice este mai frecvent afectat decât inelul valvei mitrale. (1) Abcesul cardiac se poate prezenta sub forma unui pseudoanevrism sau a unei colecții purulente.

MATERIALE ȘI METODE

Prezentăm cazul unui pacient internat în secția de Cardiologie, unde a fost evaluat clinic, bioumoral,

prin teste bacteriologice, imagistice, diagnosticat, tratat, ulterior transferat în secția de Boli Infecțioase pentru continuarea tratamentului de specialitate.

REZULTATE

Pacient de 72 de ani se internează în secția de Cardiologie pentru fenomene de insuficiență cardiacă prezente de aproximativ 2 săptămâni, respectiv edeme gambiere bilaterale, astenie și dispnee la efort mic.

Din antecedentele patologice, reținem că pacientul este hipertensiv (TA maximă 190 mmHg), fibrilație atrială permanentă și hematom subdural frontotemporoparietal stâng posttraumatism craniocerebral, prin cădere de la aceeași înălțime cu 2 luni

Autor corespondent:

Elena Lelia Iordache, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Str. Dionisie Lupu nr. 37, București
E-mail: lelia.iordache@gmail.com

anterior internării, tratat conservator. A urmat tratament ambulator cu digoxin 0,25 mg/zi, 5 zile/săptămână, aspirină 75 mg/zi, carbamazepină 600 mg/zi. Neagă episoade de febră, frisoane, episoade de infecții de tract respirator, urinar sau cutanat. Neagă intervenții chirurgicale sau stomatologice.

La examenul obiectiv: stare generală medie, greutate la internare 68 kg, la externare 62 kg, conștient, cooperant, afebril, tegumente palide, integre, macule eritematoase palmare, edeme gambiere bilaterale, murmur vezicular prezent bilateral, fără raluuri, stabil hemodinamic (AV=69 bpm, TA=140/90 mmHg), zgomote cardiace neregulate, suflu sistolic gr. II/VI focarul mitralei, suflu diastolic focarul aortic grad III/VI, reflux hepatojugular prezent, fără modificări senzitive sau motorii.

Bioumoral: anemie normocromă normocitară ușoară, hiposideremică, factor reumatoid pozitiv, NTpro BNP crescut, probe de coagulare în limite normale, hemoculturi la 24-48-72 de ore (pentru germeni aerobi, anaerobi – recoltate înaintea administrării tratamentului antibiotic) negative, urocultură negativă, leucocite în limite normale în dinamică, ușor sindrom inflamator, leucocite în limite normale.

ECG la internare: Fibrilație atrială, AV-80 bpm, ax QRS=0 grd, HVS, R amputat V1-V2, aspect staționar pe perioada internării și la externare.

Radiografia cord pulmon: desen interstițial accentuat peri- și infrahilar bilateral, cardiomegalie.

Ecocardiografia transtoracică ridică suspiciunea de endocardită de valvă aortică, evidențiind:

- vegetație atașată la nivelul valvei noncoronare cu prolaps al acesteia;
- regurgitare aortică severă pe fond de afectare aortică degenerativă cu stenoză aortică ascendentă;
- dilatare severă atriului stâng și dilatare aortă ascendentă;
- hipertrofie ventricul stâng concentrică;



FIGURA 1. TTE – parasternal ax lung – formațiune vegetantă valvă aortică

- funcție sistolică globală și segmentară normală ventricul stâng cu fracție de ejeție ventricul stâng de 60%;
- regurgitare mitrală moderată prin mecanism neclar;
- dilatare de cavitați drepte;
- regurgitare tricuspidiană ușoară funcțională, cu hipertensiune pulmonară ușoară (vezi figurile 1,2,3,4).



FIGURA 2. TTE – parasternal ax scurt la nivelul marilor vase – vegetație la nivelul valvei noncoronare



FIGURA 3. TTE – apical 5 camere – anvelopă stenoză aortică

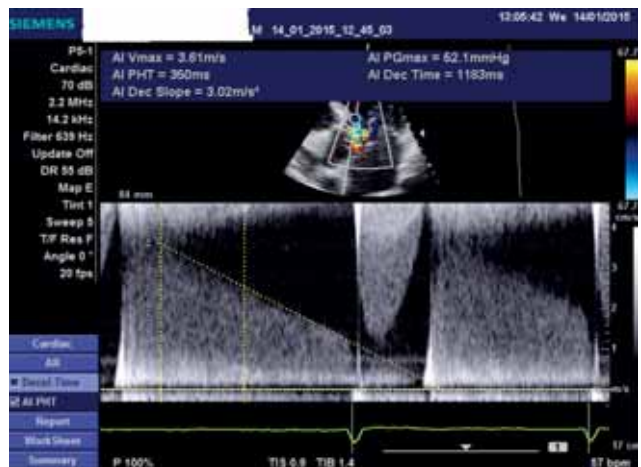


FIGURA 4. TTE – apical 5 camere – anvelopă regurgitare aortică severă

Ecocardiografia transesofagiană (Fig. 5, 6, 7, 8) relevă:

- aspect de proces endocarditic la nivelul valvei aortice bicuspidale, cu perforarea cuspei noncoronare și pseudoanevrism – abces deterjat de inel aortic la acest nivel;
- regurgitare aortică severă secundară;
- aparent fără imagini sugestive de endocardită infecțioasă la nivelul altor structuri;
- ectazie aortă ascendentă;
- mic tromb la nivelul atrului stâng cu contrast spontan intens;
- regurgitare mitrală ușoară;
- regurgitare tricuspidiană ușoară.

Ecografia abdominopelvină evidențiază splenomegalie și microlitiază renală bilaterală.

Tomografia computerizată cerebrală nativă la reevaluare are aspect în limite normale, iar consultul neurochirurgical infirmă patologie neurochirurgicală acută și nu contraindică anticoagularea.

În urma datelor clinice, se pune diagnosticul de: endocardită infecțioasă valvă aortică bicuspidă, abces

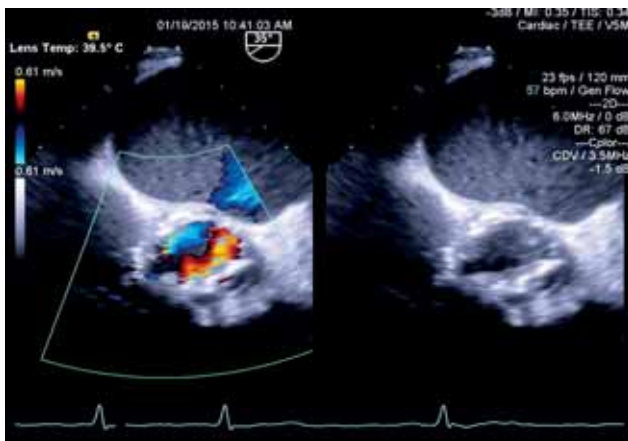


FIGURA 5. ETE – bicuspidie aortică

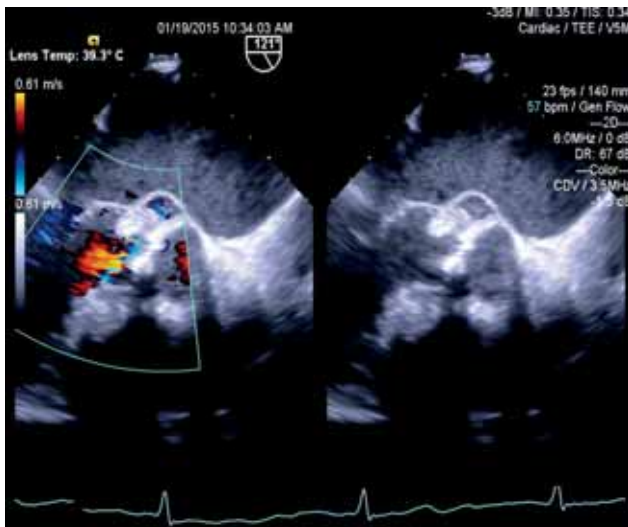


FIGURA 6. ETE – abces inel aortic deterjat

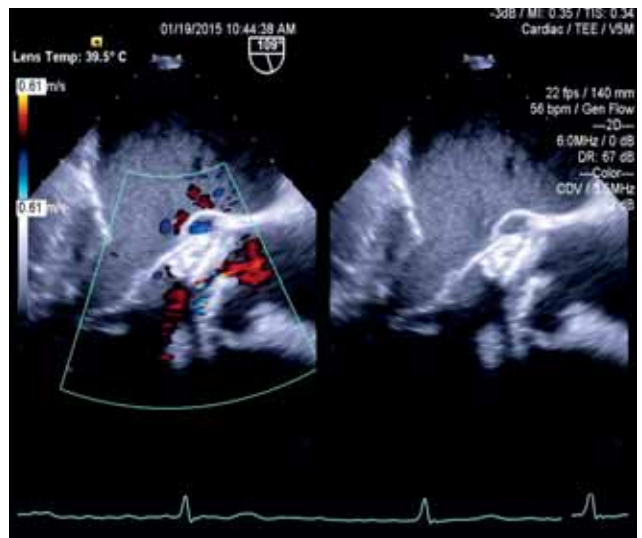


FIGURA 7. ETE – formațiune vegetantă la nivelul valvei aortice

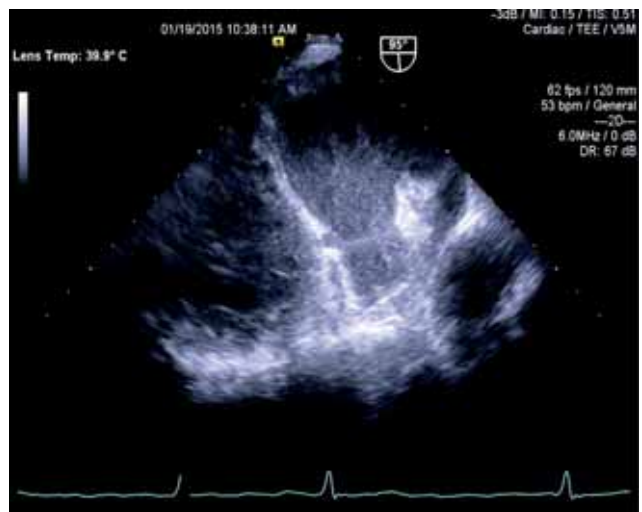


FIGURA 8. ETE – tromb atriu stâng

de inel aortic deterjat, regurgitare aortică severă prin mecanism mixt (postperforarea cuspei noncoronare, bicuspidie aortică și ectazie aortă ascendentă), stenoză aortică medie, insuficiență cardiacă clasa III NYHA la externare, fibrilație atrială permanentă cu alură ventriculară medie, hipertensiune arterială gradul III, risc adițional foarte înalt, regurgitare tricuspidiană ușoară funcțională, regurgitare mitrală ușoară, anemie ușoară normocromă normocitară.

Pe parcursul spitalizării, pacientul a primit tratament cu asociere de diuretic de ansă cu diuretic antialdosteronic, digitală, HGMM cu evoluție favorabilă a simptomatologiei cardiace, ameliorarea dispneei și asteniei, remiterea edemelor gambiere, sub monitorizarea: diurezei, greutatei, ionogramei, creatininei. După recoltarea hemoculturilor, s-a inițiat tratament antibiotic empiric (ampicilină sulbactam cu gentamicină i.v.), conform ghidului de endocardită infecțioasă și transferat în secția de boli infecțioase în vederea asanării focarului infecțios,

unde a avut o evoluție favorabilă, ulterior urmând a fi îndrumat spre clinica de chirurgie cardiovasculară.

Din păcate nu s-a putut urmări evoluția pacientului după asanarea focarului infecțios și externarea din secția de Boli Infecțioase.

DISCUȚII

Endocardita infecțioasă de valve aortice se poate complica cu abces de inel aortic/rădăcină aortă. În cazul localizării la nivelul rădăcinii aortice/inel aortic a abcesului, pot fi prezente semne de insuficiență cardiacă și deteriorare hemodinamică, datorită disfuncției de valvă aortică (1,5). În cazul pacientului nostru, acesta a prezentat semne de insuficiență cardiacă, asociind regurgitare aortică severă prin mecanism mixt atât prin bicuspidie aortică, ectazia aortei ascendente și ruptură de valvă noncoronară tolerată bine hemodinamic de la internare, cât și pe toată perioada de tratament de asanare a focarului infecțios. Bicuspidia aortică este cel mai comun defect cardiac congenital întâlnit la aproximativ 1,3% din populația generală. Printre complicațiile bicuspidiei aortice se numără și endocardita infecțioasă 3-5%. (3,4)

Abcesul de inel aortic/rădăcină aortă ar trebui să fie suspectat la orice pacient cu endocardită a valvei aortice a cărui stare generală și simptomatologie nu s-au îmbunătățit în termen de 72 de ore de la inițierea tratamentului antibiotic adecvat, în special în infecția protezei valvulare (1,5,6). Persistența sau recrudescența febrei, creșterea leucocitozei și a altor markeri de inflamație sistemică, cum ar fi proteina C reactivă, sau dezvoltarea de manifestări cutanate sau fenomene embolice în timpul tratamentului, indică infecție necontrolată (6). În cazul prezentat, pacientul a avut o evoluție „puțin zgomotoasă” din punct de vedere clinic și biologic, ce s-au ameliorat rapid sub tratament. Nu a prezentat sindrom febril pe perioada internării sau anterior, nu a avut leucocitoză, ci doar un ușor sindrom inflamator și manifestări cutanate reprezentate de macule eritematoase palmare.

Nu s-au putut efectua testări serologice, imunologice, de biologie moleculară sau recoltări pe medii speciale pentru bacterii intracelulare sau fungi, teste ce ar fi putut elucida etiologia endocarditei.

Deși pacientul a prezentat în antecedentele recente hematom subdural frontotemporoparietal stâng, posttraumatism craniocerebral prin cădere de la aceeași înălțime cu 2 luni anterior internării, tratat conservator, iar datele clinice biologice și imagistice au indicat faptul că pacientul a trecut recent printr-o endocardită infecțioasă acută, s-a decis anticoagularea cu HGMM în doză profilactică (indicația fiind oferită de judecata clinică), având în vedere prezența trombului în atriul stâng, fibrilația atrială permanentă și faptul că la reevaluarea neurochirurgicală din cadrul internării nu s-a contraindicat anticoagularea.

În ciuda faptului că pacientul prezenta factori de prognostic negativ al endocarditei infecțioase de valvă aortică, respectiv vârstă înaintată, fenomene de insuficiență cardiacă, abcesul de inel aortic derjat, regurgitare aortică severă prin mecanism mixt, evoluția acestuia a fost favorabilă sub tratamentul insuficienței cardiace, cât și cel pentru asanarea focarului infecțios.

Imaginile de la ecocardiografia transesofagiană au fost esențiale în diagnostic.

CONCLUZII

Este un caz complex cu abordare și monitorizare multidisciplinară. Abcesul inelului aortic este o complicație severă a endocarditei infecțioase localizată la nivelul valvei aortice, fiind un factor de prognostic nefavorabil. În acest caz, ecocardiografia transtoracică și transesofagiană au avut un rol esențial.

Această lucrare a primit sprijin financiar prin proiectul „CERO-PROFIL CAREER: cercetătorii români” contract POSDRU/159/1.5/S/135760, un proiect cofinanțat de Fondul Social European Operațional Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013.

BIBLIOGRAFIE

1. www.endocarditis.org/know
2. www.circ.ahajournals.org/content/107/20/e185.full
3. **Hector I. Michelena, MD; Amber D. Khanna, MD; Douglas Mahoney, MS; Edit Margaryan, MD; Yan Topilsky, MD; Rakesh M. Suri, MD, PhD; Ben Eidem, MD; William D. Edwards, MD; Thoralf M. Sundt III, MD; Maurice Enriquez-Sarano** – „Incidence of aortic complications in patients with bicuspid aortic valves”. *JAMA*. 2011; 306(10):1104-1112
4. **Tzemos N., Therrien J., Yip J., et al.** – „Outcomes in adults with bicuspid aortic valves”. *JAMA*. 2008; 300(11):1317-1325
5. **Karthik Ananthasubramaniam, MD, Vanji Karthikeyan, MD** – „Aortic ring abscess and aortoatrial fistula complicating fulminant prosthetic valve endocarditis due to proteus mirabilis”. *J Ultrasound Med* 2010; 19:63-66
6. **Narayanan Nambodiri, DM, Shomu Bohora, DM, Manoranjan Misra, MCh., Sasidharan Bijulal, Karunakaran Jayakumar, MCh, Jagannathan A. Tharakan, DM** – Late presentation of aortic root abscess in endocarditis with coronary ischemia. *Heart* 1999; 82:260-262