





În așteptarea rezultatelor hemoculturilor, se continua tratamentul empiric, vizând acoperirea unui spectru larg de bacterii potențial implicate în infecția endocardiacă și pulmonară.

După 4 zile, 2 dintre cele 3 seturi de hemoculturi evidențiază tulpina de stafilococ auriu meticilino-sensibil.

Astfel, conform criteriilor Duke modificate, se stabilește diagnosticul de endocardită infecțioasă de valvă mitrală nativă cu stafilococ auriu meticilino-sensibil și se dezescalează tratamentul antibiotic, înlocuindu-se cu Oxacilină 12 g/zi și Ciprofloxacina 200 mg/12 ore. Deoarece dezvoltă reacție alergică la Oxacilină, se oprește administrarea. Schema urmată va fi cu Meropenem și Ciprofloxacina. Ulterior, pacientul afirmă dispnee și durere abdominală în timpul administrării Meropenemului, motiv pentru care se înlocuiește antibioticul cu Vancomicină 1 g/12 ore, apoi în doze ajustate conform rezidualului seric.

Pe imaginea radiografică pulmonară efectuată la 7 zile de la internare nu se mai evidențiază aspectul de pneumonie tipică, însă este ridicată suspiciunea de diseminări septice hematogene. După un interval de câteva zile, se decelează la examenul clinic și radiologic revărsat pleural bilateral, motiv pentru care se apelează la serviciul de chirurgie cardiovasculară, unde pacientul este puncționat și se evacuează 800 ml lichid serocitrin, cu evoluție favorabilă postprocedură.

Evaluările cardiologice clinico-ecografice periodice atestă persistența vegetației gigante la nivelul valvei mitrale, cu regurgitare severă și risc foarte mare de complicații.

După aproximativ o lună de zile de spitalizare, în condițiile deteriorării clinice, se efectuează din nou radiografie pulmonară, care relevă un nou proces infecțios pulmonar. În aceste condiții, se adaugă tratamentul cu Vancomicină și Meropenem Moxifloxacin 400 mg/zi, timp de o săptămână.

Conform protocolului terapeutic al endocarditei infecțioase, pacientul este consultat în serviciul de chirurgie buco-maxilo-facială, stabilindu-se necesitatea asanării focarelor dentare infecțioase într-un moment ulterior externării din secția noastră.

La finalul celor 6 săptămâni de tratament antibiotic, pacientul prezintă leucopenie cu neutropenie (reacție adversă la tratamentul de lungă durată cu Meropenem), motiv pentru care se decide tempori-

zarea externării și inițierea tratamentului cu factori de stimulare granulocitară, dexametazonă 2 fi/zi, Levofloxacin 500 mg/zi și Fluconazol 300 mg/zi. Succesiv, apare leucocitoza reactivă, dar cu remisiune spontană.

După 54 de zile de spitalizare, este externat cu următoarele indicații: continuarea tratamentului cardiologic prescris, asanarea focarelor dentare în clinica de chirurgie buco-maxilo-facială (cu profilaxie antibiotică) și adresarea în serviciul de chirurgie cardiacă pentru evaluarea oportunității curei chirurgicale, în condițiile sevrajului definitiv de droguri iv.

Ulterior, pacientul este supus intervenției chirurgicale de protezare valvulară, care se desfășoară fără complicații. Un pas foarte important în managementul endocarditei infecțioase este examenul microbiologic al piesei excizate, care dictează atitudinea terapeutică ulterioară. În cazul pacientului nostru, piesa a fost sterilă. Revine în clinica noastră, unde se instituie tratamentul antibiotic de consolidare, cu Ceftriaxon și Gentamicină, timp de 2 săptămâni. Asociat, primește tratament anticoagulant, betablocant, diuretic și inhibitor de enzimă de conversie. Evoluția este favorabilă, pacientul se menține afebril și cu stare generală bună. Se externează cu recomandarea de dispensarizare în serviciul de cardiologie.

## DISCUȚII

Așadar, discutăm despre un caz tipic de boală infecțioasă severă la un utilizator de droguri iv, dar cu unele particularități notabile. Atât în rândul utilizatorilor de droguri iv, cât și în rândul populației generale, microorganismul incriminat cel mai frecvent în producerea endocarditei infecțioase este stafilococul auriu. Embolizările septice periferice (plămâni, creier, splină, rinichi) sunt comune și afectează peste 40% dintre pacienți. Aceste afectări extravasculare pot oferi indicii pentru un diagnostic precoce, în special la utilizatorii de droguri iv (4).

Evoluția cazului prezentat a fost favorabilă, ceea ce corespunde cu datele din literatură, care susțin o mortalitate de numai 2-6% a endocarditei infecțioase în rândul dependenților de droguri iv. Acest lucru este corelat direct cu faptul că la consumatorii de droguri intravenoase este cel mai frecvent afectată valva tricuspida, iar infecția răspunde la trata-

mentul antibiotic în cele mai multe cazuri. În cazul nostru, vegetația a fost localizată la nivelul valvei mitrale. Atunci când afectează valva mitrală sau aortică, cursul endocarditei cu stafilococ auriu este adesea fulminant, cu infecție metastatică generalizată, conducând la deces în circa 40% dintre cazuri (2).

## CONCLUZII

Spitalizările în antecedentele recente și dependența de droguri iv de lungă durată sunt factori de risc pentru infecție cu stafilococ auriu meticilino-rezistent. Lipsa infecției cu o tulpină rezistentă a contribuit, probabil, la evoluția favorabilă. De ase-

menea, vârsta scăzută a pacientului a influențat favorabil prognosticul.

O caracteristică importantă a cazului este spitalizarea pentru sepsis cu punct de plecare cutanat, cu 4 luni anterior episodului de endocardită infecțioasă. În contextul sepsisului, au existat determinări pulmonare și meningeene, cu remisiune aparent completă la finalul tratamentului, parametrii clinici, paraclinici și radiologici fiind normali. Nu s-a efectuat ecocardiografie transesofagiană, așadar, grefarea bacteriilor și inițierea vegetației la nivel valvular, dacă ar fi existat în acel moment, nu poate fi probată. Persistă întrebarea asupra existenței unei legături între cele două episoade infecțioase.

VVO□  
VVO□

VVO□  
VVO□

## BIBLIOGRAFIE

1. Mohamed Sadaka, Eman ELSharkawy, Manal Soliman, Amina Nour EL-Din, Mohamed Ayman Abd EL-Hay. Study of infective endocarditis in Alexandria main university hospitals. *The Egyptian Heart Journal*, Volume 65, Issue 4, December 2013, Pages 307-317.
2. H. Asgeirsson, A. Thalme, M. Kristjansson, O. Weiland. Incidence and outcome of *Staphylococcus aureus* endocarditis-a 10-year single centre northern European experience. *Clinical Microbiology and Infection*, 2015, Volume 21, Number 8.
3. [www.ana.gov.ro](http://www.ana.gov.ro). [Online]
4. Eeva Ruotsalainen, Minna Karden-Lilja, Pentti Kuusela, Jaana Vuopio-Varkila, Anni Virolainen-Julkunen, Seppo Sarna, Ville Valtonen, Asko Jarvinen. Methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* bacteraemia and endocarditis among injection drug users and nonaddicts. *Journal of Infection*. *Journal of Infection*, 2008, Volume 56, Issue number 4, Pages 249-256.
5. Thomas M. Bashore, Christopher Cabell, Vance Fowler, Jr. Update on Infective Endocarditis. *Curr Probl Cardiol*. 2006 Apr;31(4):274-352.