

Elenco autori
Dr Vincenzo Marcone/Dr.ssa Lara Cordiano

Premesse e scopo dello studio : caso clinico do Donna con endocardita da Kingella Kingea

Metodi : donna, 50 anni, giunge In Ps per febbre con brivido da circa 2 settimane; eseguito un tatuaggio sulla gamba destra nelle 2 settimane antecedenti all'esordio dei sintomi.

In anamnesi ipertensione arteriosa, nel 1999 chiusura DIV in toracotomia destra con cannulazione bicavale, residuo aneurisma del siv membranoso senza shunt.

All'obiettività cardiaca in DEA riscontro di soffio sistolico 3/6;

Rx torace: quadro di severa polmonite basale destra con brocogramma aereo

Agli esami colturali positività per coccobacillo Gram-negativo, Kingella kingae, microrganismo colonizzatore della cute e dell'orofaringe

Effettuata angiotac Torace che ha evidenziato un addensamento parenchimale in corrispondenza del lobo medio allungato, in parte con broncogramma aereo, di aspetto flogistico-disventilativo, sono presenti strie di aspetto disventilativo in sede paracardiaca, sovradiaframmatica dx.

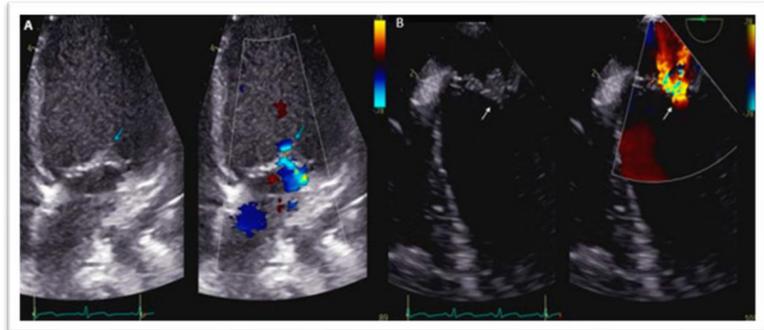
Eseguito ecocardiogramma che evidenziava funzione biventricolare conservata immagine mobile iperrifrangente (dimensioni 20 x 5 mm) adesa al LPM, altamente sospetta per vegetazione endocarditica confermata allo studio eco TE.

In ogni caso data la sospetta vegetazione > 1.5 cm altamente mobile indicata effettuata valutazione CCH.

Iniziata subito terapia antibiotica mirata con gentamicina, vancomicina e piperacillina/tazobactam su indicazione infettivologica.

Discusso il caso con i colleghi cardiocirurghi, la paziente veniva repentinamente sottoposta ad intervento chirurgico di sostituzione valvolare mitralica, mediante impianto di protesi meccanica SJ 27 in sternotomia.

- Decorso postoperatorio sine complicanze e colturali in dimissione negativi.
- La paziente veniva dimessa con indicazione a proseguire terapia antibiotica per bocca



Discussione : L'endocardite infettiva è una patologia non solo letale ma anche gravata da elevata morbilità, secondaria a sequele neurologiche (stroke, ascessi cerebrali), nefrologiche (insufficienza renale, glomerulonefrite) e cardiologiche (scompenso cardiaco, cardiocirurgia).

L'endocardite infettiva è un'infezione di solito batterica e colpisce le valvole cardiache native o protesiche, l'endocardio murale, un difetto del setto o un dispositivo cardiaco a permanenza.

I microrganismi causali variano a seconda della sede di infezione, della fonte di batteriemia e dei fattori di rischio dell'ospite (p. es., uso di droghe per via endovenosa, protesi valvolare, precedente riparazione valvolare, cardiopatia congenita, rigurgito lieve o stenosi valvolare di qualsiasi eziologia, dispositivo elettronico impiantabile endovascolare intracardiaco, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva), ma complessivamente, l'80-90% dei casi è causato da Streptococchi o Staphylococcus aureus.

Più raramente microorganismi GRAM- ,come K. Kingae, possono causare endocardite spesso associata a gravi complicanze, tra cui ascessi valvolari ed embolizzazione settica.

Le sedi di infezione da parte di questi patogeni possono essere distanti (es., ascessi o lesioni cutanee, device interni, infezione delle vie urinarie) oppure avere un'evidente zona di ingresso come un catetere venoso centrale o un accesso venoso periferico. Quasi ogni impianto di materiale estraneo (p. es., dispositivi protesici o ancora apparati per dialisi peritoneale) è a rischio di colonizzazione batterica, diventando così una sorgente di batteriemia e quindi di endocardite. L'endocardite può anche derivare da batteriemia asintomatica, come quella che tipicamente si verifica durante le procedure invasive odontoiatriche, mediche o chirurgiche. Perfino lavarsi i denti e masticare può causare batteriemia (di solito da streptococco viridans) nei pazienti con gengiviti.

La presentazione tipica dell'endocardite comporta febbre, soffi cardiaci, petecchie, anemia, fenomeni embolici e vegetazioni endocardiche. Le vegetazioni possono causare insufficienza o stenosi valvolare, ascessi miocardici o aneurismi micotici.

L'isolamento del microrganismo nel sangue e l'ecocardiografia TT/TE rimangono gli strumenti fondamentali nella diagnosi di endocardite infettiva, con modalità di imaging alternative che stanno acquisendo importanza. La diagnosi si basa sui Criteri clinici per l'endocardite infettiva secondo la Duke-International Society for Cardiovascular Infectious Disease del 2023

Conclusioni : È fondamentale una gestione multidisciplinare di un paziente con endocardite infettiva, in quanto è necessaria la competenza di cardiologi, chirurghi cardiovascolari, specialisti in malattie infettive, microbiologi, radiologi e neurologi.

Affiliazioni

Dipartimento Emergenza e Accettazione aslto5

Direttore Dr .Vincenzo Marcone

Contatti

Pino_marcone@libero.it

CASO CLINICO / Malattie Infettive