



Profilaxia

- Identificarea pacienților cu factori de risc în scopul prevenirii dezvoltării EI.
- Informarea pacientului privind riscul individual pentru dezvoltarea EI și consilierea în vederea efectuării măsurilor de profilaxie (inclusiv profilaxia antibacteriană), sanarea cavității bucale.
- Supravegherea pacienților cu maladii cardiace cu risc înalt pentru dezvoltarea EI.
- Tratamentul agresiv al focarelor de infecție, menținerea igienei dentare.
- Evitarea administrării perfuziilor prin cateter la pacienții cu leziuni cardiace.
- Antibioticoprofilaxie obligatorie pacienților cu risc înalt și opțională pacienților cu risc moderat de EI, care efectuează proceduri stomatologice invazive, aplicarea cateterelor intravenoase.

Factorii de risc

- Maladiile cardiace preexistente: valvă protetică, EI în antecedente, MCC cianogene, valvulopatii reumatismale/degenerative, prolaps de VM cu regurgitare semnificativă, cardiomiopatie hipertrofică.
- Vârsta înaintată.
- Utilizarea de droguri i.v.
- Circumstanțele de bacteriemie: intervenții stomatologice (extracții dentare, manipulări gingivale, perforații ale mucoasei bucale, igienă dentară precară), catetere i/v, proceduri invazive, îngrijiri medicale.
- Comorbiditățile (factori de risc suplimentar în declanșarea EI): ciroză hepatică, hepatită, cancer, DZ, LES, tuberculoză, lues, SIDA, combustii, inflamații intestinale cronice, politraumatisme, hemodializă, medicație cu steroizi și citostatice.

Grupurile de risc

Pacienții cu risc înalt

- Proteze valvulare cardiace.
- EI în anamnezic.
- Cardiopatii congenitale cianogene.
- Șunturi paliative sistemice pulmonare.

Pacienții cu risc moderat

- Cardiopatii valvulare dobândite.
- Cardiopatii congenitale non cianogene (inclusiv valvă aortică bicuspidă), cu excepția defectului septal atrial.

- Prolaps de VM cu regurgitare semnificativă.
- Cardiomiopatie hipertrofică.

Manifestările clinice

Criteria, care impun un grad înalt de suspecție a EI

- Leziune valvulară nou apărută sau suflu de regurgitare.
- Evenimente embolice de origine necunoscută (infarcte cerebrale sau renale, etc.).
- Sepsis de origine necunoscută.
- Hematurie, glomerulonefrită și suspecție de infarct renal.
- Febră plus:
 - ✓ proteze intracardiace, pacemaker, defibrilator intracardiac și alte condiții predispozante pentru EI din grupul de risc înalt;
 - ✓ aritmii ventriculare recent apărute sau dereglări de conducere;
 - ✓ primele manifestări ale insuficienței cardiace;
 - ✓ hemoculturi pozitive;
 - ✓ manifestări cutanate (noduli Osler, leziuni Janeway) sau manifestări oftalmice (pete Roth);
 - ✓ infiltrații pulmonare multifocale, rapid schimbătoare (EI de cord drept);
 - ✓ abcese periferice (renale, splenice, ale măduvei osoase) de origine necunoscută;
 - ✓ intervenții recente diagnostice sau terapeutice, cunoscute drept rezultat al bacteriemiei semnificative în anamnezic.

Acuze

- **Febră:** hectică/ondulantă, cu frisoane, transpirații nocturne.
- **Subfebrilitate** (la vîrstnici, persoane imunocompromise, pacienți cu ICC, IR).
- **Alterare a stării generale**, cefalee, mialgii, artralгии, dorsalгии joase, astenie, inapetență, scădere ponderală.

Examen fizic

- **Suflu cardiac** cu febră inexplicabilă > o săptămînă la pacienți cu maladii cardiace preexistente;
- **Febră** la persoane ce administrează droguri i/v.
- **Subfebrilitate** la vîrstnici.

⚠ Notă: La suspecția EI - temperatura trebuie măsurată la fiecare 3 ore.

Examinarea tegumentelor și mucoaselor

- **Paloare a pielii** - "cafea cu lapte".
- **Peteșii** (în spațiu supraclavicular, pe mucoasa palatinului și conjunctivală).
- **Hemoragii subungghiale** liniare "în așchie" (roșu închis).
- **Noduli Osler** (noduli mici roșii, ca bobul de mazăre, la nivelul pulpei degetelor, persistă ore/zile).
- **Leziuni Janeway** (noduli hemoragici nedureroși, care apar la nivelul palmelor și plantelor).

Auscultația cordului

- **Sufluri cardiace** noi sau modificarea celor preexistente.
- Suflurile sunt prezente aproape totdeauna, cu excepția perioadei precoce sau la utilizatorii de droguri i.v. (în afectarea valvei tricuspide).

Parametrii hemodinamici

- Tensiunea arterială diastolică sever scăzută indică **regurgitare aortică** în EI cu afectarea valvei aortice.
- Frecvența contracțiilor cardiace – deseori tahicardie.

Semne extracardiace

- **Splenomegalie moderată.**
- **Manifestări oculare** – pete Roth (hemoragii retiniene ovale cu centrul clar, pal); nevrîtă optică.
- **Episoade embolice** (embolii cerebrale – în EI cauzată de Staphylococcus aureus cu vegetații pe valva aortală, embolii a a. femurale – deseori rezultatul EI fungice, embolie pulmonară – în EI de cord drept la UDIV).
- **Manifestări renale** (insuficiență renală datorată emboliilor renale sau glomerulonefritei cu complexe imune).

Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui
- Analiza generală a urinei
- Analiza biochimică a sîngelui (proteina generală, ureea, creatinina, factorul reumatoid, PCR)
- USG organelor interne
- Radiografia cutiei toracice
- ECG
- **La posibilitate/necesitate**
- EcoCG în primele 7 - 12 ore.
- Cercetarea sîngelui prin hemocultură.

Tratamentul

Principiile tratamentului

- Inițierea tratamentului cît mai precoce (întîrzierea de la 2 la 8 săptămîni crește mortalitatea de 2 ori).
- Antibioticoterapia combinată (2 – 3 antibiotice în doze maxime, administrate intravenos).
- Antibioticele se administrează potrivit sensibilității la agenții patogeni.
- Corecția dozei de antibiotice în conformitate cu gradul de afectare renală.
- În caz de ineficiență a antibioticului, înlocuirea acestuia după 3 - 4 zile.
- Tratament prelungit cu durată medie a antibioticoterapiei:
 - ✓ în EI de etiologie streptococică – 4 săptămîni;
 - ✓ în EI stafilococică sau cu bacterii gram negative – 6 - 8 săptămîni, pînă la atingerea efectului clinic.

⚠ Notă: Nu se vor indica antibiotice pacienților febrili înainte de stabilirea diagnosticului definit și recoltarea hemoculturilor.

Antibioticoprofilaxia, pentru pacienți cu risc înalt de EI, la efectuarea procedurilor stomatologice cu risc foarte mare de bacteriemie

Doză unică cu 30 - 60 minute înainte de procedură

Situație	Medicament	Adulți	Copii
Fără alergie la Penicilină/Ampicilină	Amoxicilină sau Ampicilină	2.0 g, p/o sau i/v	50 mg/kg, p.o. sau i/v
Alergie la Penicilină/ Ampicilină	Clindamicină	600 mg, p.o sau i/v	20 mg/kg, p.o. sau i/v

⚠ Notă: Alternativă – Cefalexină 2 gr, i/v sau 50 mg/kg i/v la copii. Cefazolină sau Ceftriaxonă 1g i/v la adulți sau 50 mg/kg i/v la copii. Cefalosporinele nu trebuie utilizate la pacienții cu anafilaxie, angioedem sau urticarie, apărute după administrarea de Penicilină sau Ampicilină.

Referirea la specialist

- Necesitatea confirmării diagnosticului.
- Necesitatea ajustării tratamentului medicamentos.

Criteriile de spitalizare

⚠ Notă: Toate cazurile de suspjecție a EI necesită spitalizare de urgență!

- EI definită sau suspectă.
- Diagnostic de EI dificil de stabilit în condiții de ambulator.
- Persistența sindromului febril în pofida tratamentului antibacterian adecvat.
- EI complicată cu: sindrom tromboembolic, afectare renală, abces miocardic, insuficiență cardiacă severă.
- Complicațiile vitale, care necesită tratament specializat.

Supravegherea

Supravegherea se va efectua de către medicul de familie în comun cu terapeutul, cardiologul.

Regimul de supraveghere

- Periodicitatea contorului eficacității tratamentului se va stabili în mod individual pentru fiecare pacient, în dependență de evoluția bolii și/sau survenirea complicațiilor.

Volumul cercetărilor

- Examinarea și evidența clinică riguroasă a pacientului.
- Termometria (febra este un criteriu foarte important și util în monitorizarea evoluției EI).
- Examinări clinice repetate în dinamică, pentru a evalua schimbările suflurilor cardiace, tensiunii arteriale, semnelor de insuficiență cardiacă și fenomenelor embolice cerebrale, pulmonare, lienale și tegumentare.
- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza generală a urinei.
- Analiza biochimică a sîngelui (proteina generală, ureea, creatinina, factorul reumatoid, PCR).
- ECG.
- EcoCG: la suspectarea abceselor paravalvulare și distrucției valvulare; la finisarea tratamentului cu antibiotice pentru determinarea extinderii afecțiunilor valvulare, detectarea reinfecției/recidivei tardive a EI.
- USG organelor interne, la necesitate.
- Radiografia cutiei toracice, la necesitate.

Abrevierile folosite în document:

ALAT – alaninaminotransferaza
ASAT – aspartataminotransferaza
DZ – diabetul zaharat
ECG – electrocardiografia
EcoCG – ecocardiografia
EI – endocardita infecțioasă

i.v. – intravenos
IC – insuficiența respiratorie
IR – insuficiența cardiacă
p.o. – per os
LES – lupusul eritematos sistemic

MCC – malformațiile congenitale ale cordului
PCR – proteina C reactivă
SIDA – sindromul imunodeficienței achiziționate
USG – ultrasonografia
VM – valva mitrală
UDIV – utilizatorii de droguri intravenoase