

Трудни клинични случаи от практиката



Първа клиника по кардиология
УМБАЛ "Д-р Г. Странски", гр. Плевен

Мъж на 37 годишна възраст,
хоспитализизиран на 08.10.2012г.

Анамнеза

- Постъпва с оплаквания от разтрисане с начало 06.10.2012 година; фебрилитет до 39.3С. Съобщава за отпадналост, тежест и болка в гърдите, засилваща се при поемане на въздух и кашлица без продуктивна експекторация.

Оплакванията били придружени от епизоди на пристъпен задух, принуждаващи го да заеме ортопноично положение при което и болката се облекчавала. Измерил АН 70/50.

Анамнеза

Съобщава за неколkokратно повръщане. Появило се изтръпване и посиняване на IV пръст на дясна ръка, персистира температурата и от 08.10.2012г е и с посиняване на палеца на лява ръка. Общото му състояние се влошило до адинамия.

Минали и съпътстващи заболявания

- Инфекциозен ендокардит на МК и АоК от 2010г с аортно и митрално клапно протезиране -биологични протези.
- Спленектомия 2004 година по повод травматична руптура.
- Хроничен вирусен Хепатит С -2004 година.
- ВСП – бикуспидна аортна клапа
- Сърдечна недостатъчност при систолна дисфункция от 2010г
- Шест месеца преди хоспитализацията при контролен преглед му е обяснено, че “лявата камера му е много голяма”

Рискови фактори

- Хероинова злоупотреба до 2010г, преминал метадонова програма след което е клапно протезиран
- Няколко месеца след клапното протезиране, съобщава за системна употреба на кокаин продължаваща до момента на хоспитализацията
- Тютюнопушене до 60 цигари дневно и 200-300 мл концентрат дневно

Статус

- Увредено тежко общо състояние. Телесна температура 37.6°C. Кожа: сиво-пепелява, изпотена, ливиден оттенък на лигавиците. Шия: без шиен венозен застой.
- ДС: Симетричен гръден кош. Везикуларно дишане с дребни влажни хрипове двустранно в основите.

Статус

- ССС: Тахиритмична сърдечна дейност, СЧ-90 удара за минута, ясни тонове с груб систоличен шум на Ао място с пропация към каротидите, систоличен шум на върха с пропация към аксилата. АН 80/50 на двете ръце. Доловима пулсация от дясна камера в епигастриума.
- Корем – Папулозен обрив по коремна стена, цикатрикс от срединна лапаротомия, мек. Черен дроб – на 3 см под ребрената дъга, палпаторно болезнен с мекоеластична консистенция
- Крайници: Оточни глезени, съхранени пулсации, лезии на Janeway, некроза на дистална фаланга на IV пръст на дясна ръка.



2012/10/10



2012/10/10



2012/10/10

От изследванията:

- ПКК: Hb-90 g/L, Er-4,09 Hct-0,275 Leuc-16.7, Pl-144
- СУЕ-20 mm/1h.,
- СРК-134, СК-МВ- 48, Тропонин Т-0,15 ng/ml
- Glu-9.0 mmol/l
- РТ-31 %, INR-2.22, CRP-247.8
- АСАТ-96 U/L, АЛАТ- 31 U/L
- Урея-14.8, Креатинин-139 $\mu\text{mol/l}$
- Na-138mmol/l; K-4,3mmol/l
- Урина: масово Er, 8-10 Leu,
- СПИН –ELISA отрицателен
- Хемокултури-Стафилококкус ауреус

От изследванията в динамика:

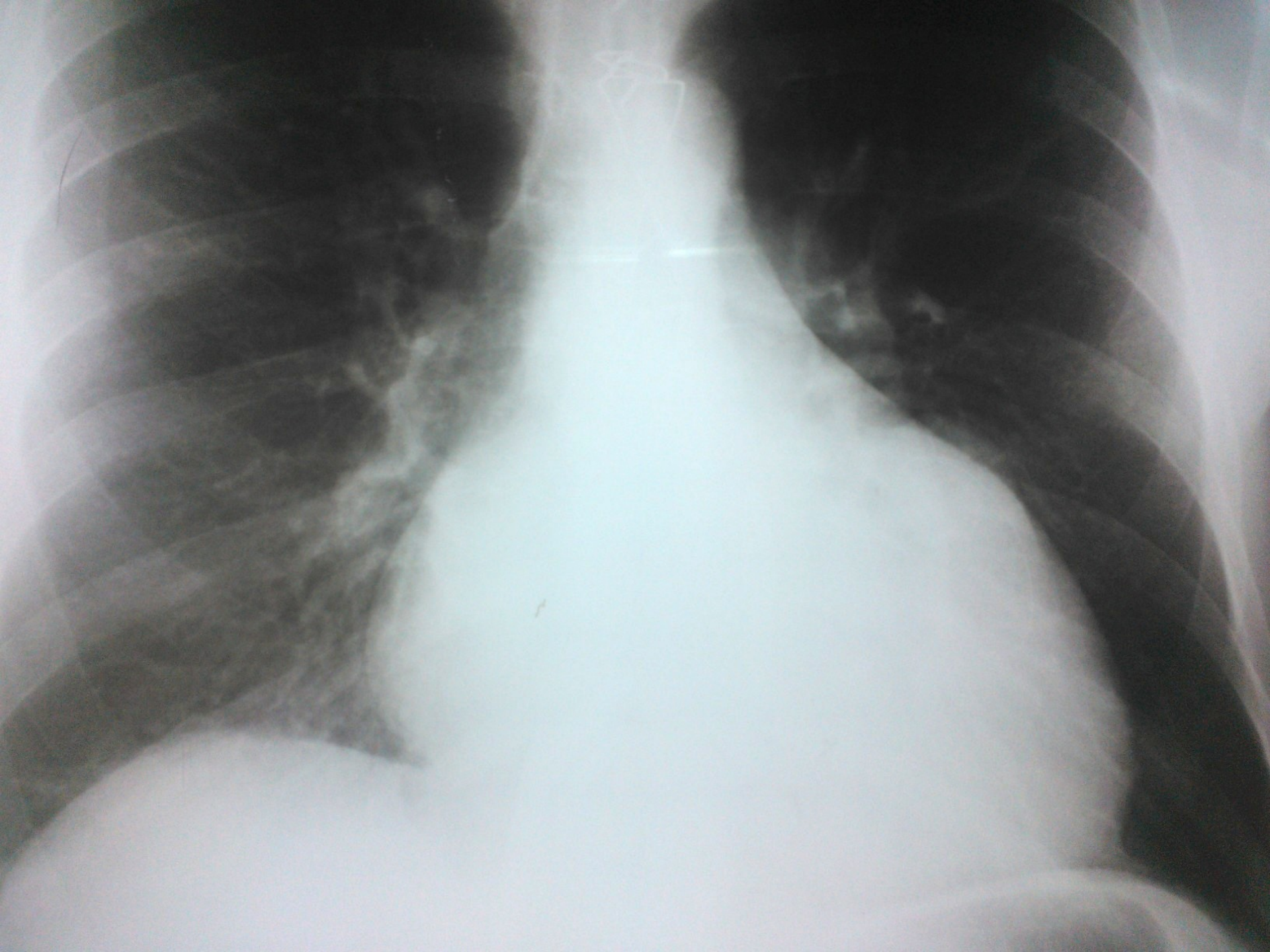
- ПКК: Hb-79 g/L, Er-3,01 Hct- 0,201
Leuc -29,2 Pl-75
- СУЕ-50 mm/2h,
- СРК-281, СК-МВ- 34, Troponin T-
0,135 ng/ml
- Glu - 8,4 mmol/l
- D-dimer - /+/

Електрокардиограма



ID= / mmHg
cm kg

OCT 08 2012 17:06
FILTER:HF,DF,WF2
[Kenz cardico 302 V-1.00]



Въпрос към аудиторията

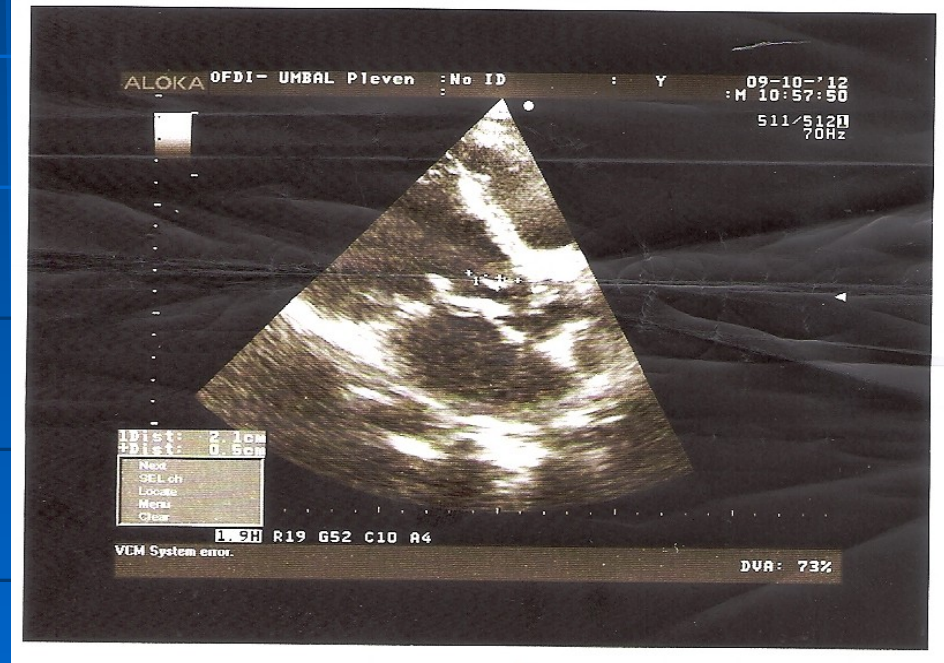
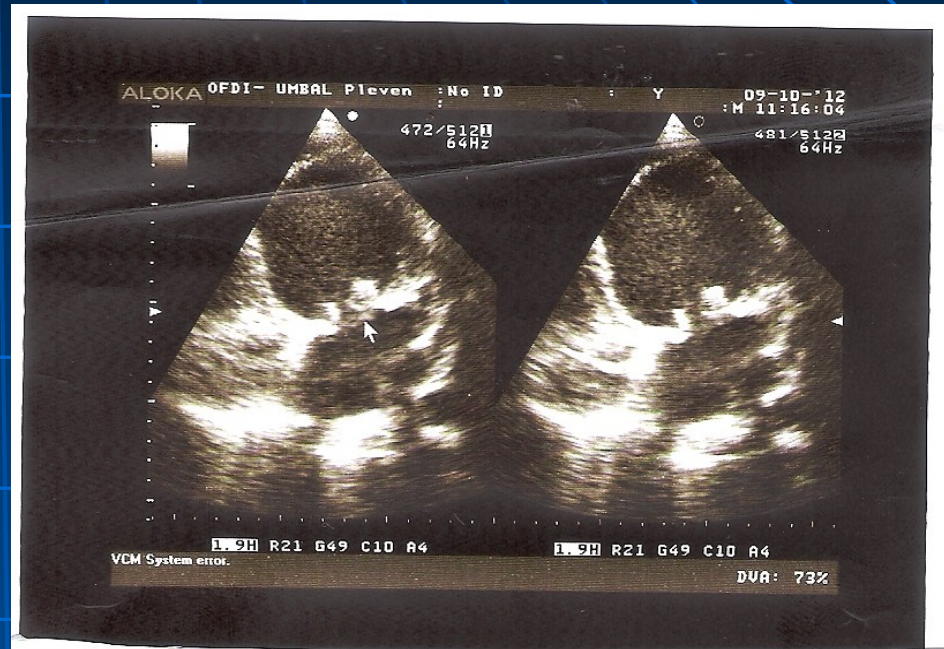
- Каква би била вашата работна хипотеза

Вероятна диагноза:

- Сепсис-септичен шок.
- Остра левостранна хиподебитна и застойна СН
 1. Миоперикардит
 2. Инфекциозен ендокардит на клапни протези
 3. Остър миоперикардит на терена на дилатативна кокаинова кардиомиопатия
- Остър тласък на хроничен Хепатит С

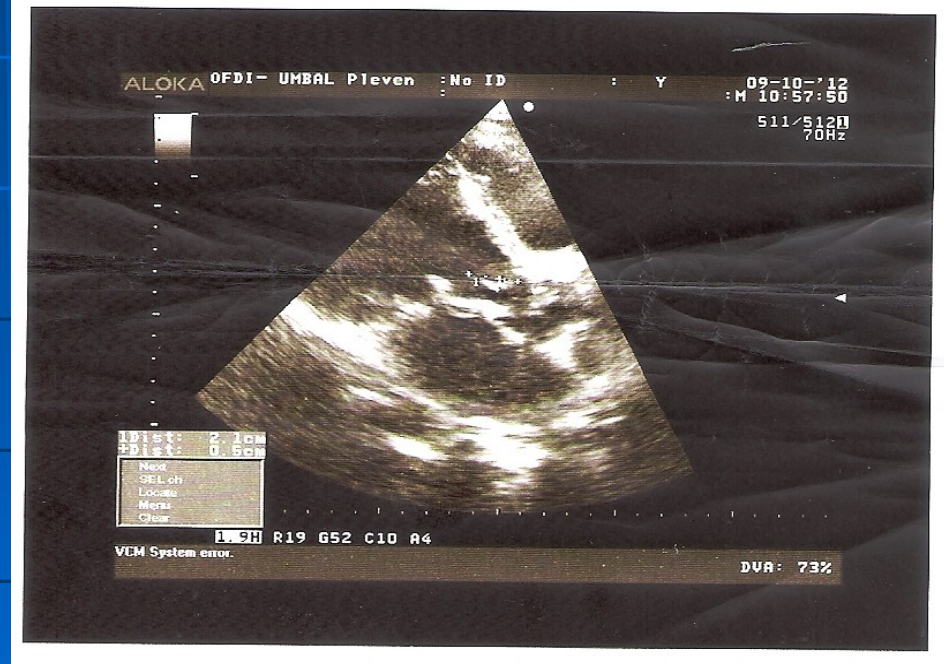
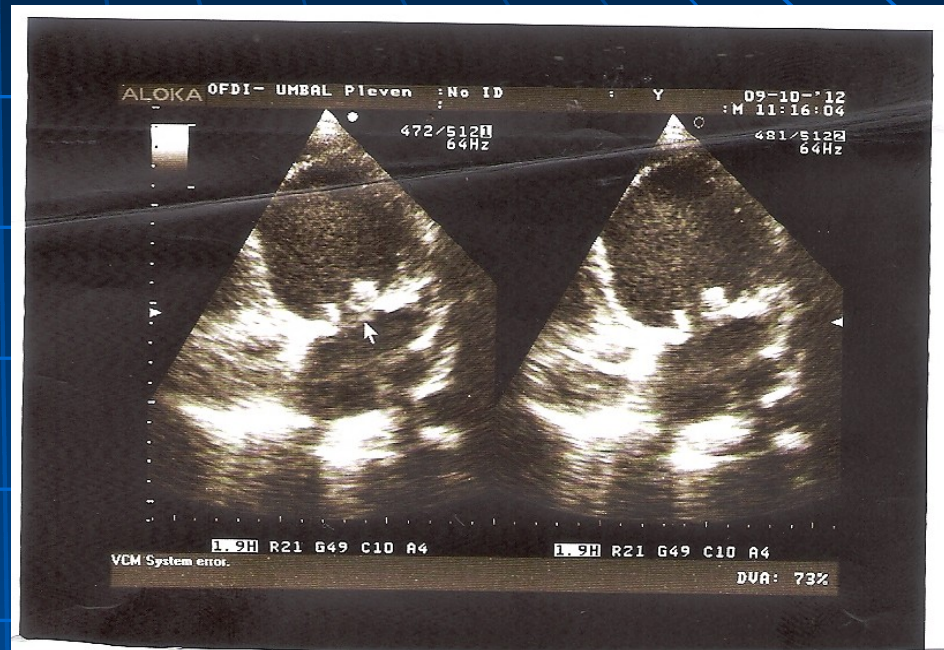
2ЕхоКГ

- ТДР-74 мм, ТСР- 64 мм,
ТДО-294 мл, ТСО - 211 мл,
- ЕФ-28 %, ФС-14 %,
- МКП-12 мм, ЗСЛК-11 мм,
- ЛП-50/51 мм,
- Аорта-39 мм
- ДП: 32 мм, ДК: 46/48 мм,
- МК: Биологична клапна протеза. Свежа вегетация.
- Диастолен кървоток с V макс 1,96 м/сек, пиков градиент 15.6, среден 4,3 мм/Ж. МКО 2,48 см².



2ЕхоКГ

- АК: Биологична клапна протеза. Р-р на ринга 23 мм с изразена фиброкалциноза. Вегетация на краче с р-р 21/5 мм от дясно коронарно платно.
- ПК: V макс 0,8 м/с Р-я II ст
- ТК:Р-я II+. ВСНБА 56 мм/Ж.
- TAPSE 17 мм
- Закл: ИНфекциозен ендокардит на Аорна и Митрална клапа. Тежка систолно диастолна дисфункция. Без перикарден излив.



Консултации:

- Гастроентеролог: Дг.: Пациент с вирусен хепатит С. Да се изследва HBsAg и AntiHCV
- Инфекционист: Вероятен Стафилококов сепсис на имунокомпрометиран терен. Уместно е да се добави метронидазол 2 x 500 мг към терапията. Малко вероятно е нов тласък на Хепатит С да е причина за миокардно съучастие.

Диагноза:

- Остра левостранна застойна и хиподебитна сърдечна недостатъчност. Остър инфекциозен стафилоков ендокардит на биологични митрална и аортна клапни протези. Дилатативна КМП - вероятна кокаинова генеза.

Терапевтично поведеение:

- Ванкомицин 30 мг/кг тт
- Гентамицин 3 мг/кг тт
- O₂-назална маска
- 0,9% NaCl - 500 ml i.v.
- HAES - 500ml i.v.
- Фурантрил 40 мг i.v. дневно
- Допамин 3 мкг./кг./мин.
- Корлентор 2 x 7,5 mg p.o.
- Фентанил 0,1 mg/2ml при нужда
- Деган 1x1 амп. и.в
- Парацетамол 4 x 500 мг

След терапевтично повлияване и резултат от лечение:

- На лекарски колегиум се обсъди, че се касае за остро протичащ стафилококов ендокардит усложнен със сепсис и остра сърдечна недостатъчност.
- Имунокомпрометирания пациент, който е с чернодробна дисфункция създава допълнителни констрикции в терапевтичното поведение.

Въпроси към аудиторията:

- Какъв терапевтичен подход бихте избрали?

След терапевтично повлияване и резултат от лечение:

- Ръководствата за лечение на пациенти с инфекциозен ендокардит, усложнен със сърдечна недостатъчност препоръчват насочване на пациента за **оперативно лечение**.
- Проведе се консултация с кардиохирургичен център. Взе се решение предвид високия оперативен риск и придружаващия коморбидитет да се продължи парентерална терапия до овладяване на остро септично състояние.
- Пациентът екзитира на 10.10.2012 година с клиниката на непреодолима сърдечна недостатъчност и септичен шок.

ОБСЪЖДАНЕ

- Касае се за мъж на 37-годишна възраст, постъпващ за лечение в клиниката в тежко общо състояние на терена на вроден сърдечен порок, инфекциозен ендокардит на Ао и МК, аортно и митрално клапно протезиране-биологични клапи, хронична сърдечна недостатъчност.
- Суперпонирана хронична кокаинова екзпозиция на предшестващо увредено сърце. Хроничен вирусен хепатит.
- В хода на лечението се установи остър инфекциозен ендокардит на двете биологични протези. Състоянието се усложни със септичен шок, полиорганна недостатъчност. Краен изход-летален.

Послания за дома:

- Последните години епидемиологията на инфекциозния ендокардит се променя с изместване в посока към протезирани клапи и венозна наркотична злоупотреба.
- Инфекциозният ендокардит остава с висока вътреболнична смъртност - 10-26% въпреки провежданата терапия.
- Наличният коморбидитет и вредни навици драматично влошават прогнозата.

Представяме този случай, защото според нас той е както диагностично, така и терапевтично предизвикателство поради необходимостта от точна преценка от терапевта и бързо консенсусно решение в екип с инфекционист и кардиохирург, в съответствие с приетите европейски ръководства.

Благодаря ви за вниманието