

## **L'INCIDENZA DELL'ENDOCARDITE E LE SUE COMPLICANZE SI SONO MODIFICATE NEL TEMPO: ESPERIENZA SU 166 CASI OSSERVATI NEGLI ULTIMI 12 ANNI**

**Soriente L., Perrotti R., Paolillo V., Pipolo A., Baldi C., Ferrara S., Greco L.\*, Mazzeo M.\*, Mastrogiovanni G., Di Benedetto G., De Cristofaro M.**

Dipartimento Medico-Chirurgico di Cardiologia A.O. "S. Giovanni di Dio e Ruggi d' Aragona" Salerno

\* U.O. S.C. M. Infettive dell'Azienda Ospedaliera R.N. "OO.RR. San Giovanni di Dio e Ruggi d' Aragona" Salerno; Direttore: Maurizio Mazzeo

Scopo del nostro studio è valutare retrospettivamente i casi di endocardite osservati negli ultimi 12 anni e riconoscere le variazioni dell'incidenza e delle complicanze della malattia confrontando due distinti periodi: uno precedente (I°) ed uno successivo (II°) al 1999.

Sono stati osservati dal 1992 al 2004 166 casi di endocardite .

Nel I° abbiamo riscontrato un progressivo incremento di incidenza di endocardite con un picco nel '99 ed un progressivo decremento nel II° fino al 2001 per poi osservare un nuovo incremento negli ultimi due anni. L'applicazione dei Criteri di Duke (1998), dove un determinante ruolo diagnostico è dato all'ecocardiografia, ha migliorato la nostra capacità di riconoscere la malattia (incidenza in crescita fino al '99); le maggiori conoscenze su di essa hanno poi consentito una più efficace prevenzione (incidenza in decremento fino al 2001). Dal 2002, come detto, vi è stato un incremento di endocarditi che ha interessato principalmente i portatori di cateteri intravascolari ed intracardiaci (pacemaker e, soprattutto, cateteri di Tesio) che hanno costituito il 27% dei 43 pazienti osservati . Di questi meno del 29% presentavano fattori cardiaci predisponenti . Gli agenti patogeni predominanti erano stafilococchi ed enterococchi. In particolare vi era una localizzazione solo delle sezioni destre per i pace-maker e una estensione a sinistra per i Tesio.

Solo il 31% della popolazione totale osservata non ha presentato complicanze, nel rimanente 69% dei casi le complicanze erano così distribuite: il 25% presentava embolismo, il 34% aveva un rigurgito valvolare moderato severo , il 12% presentava ascessi o pseudoaneurismi , l'8% perforazione o distacco o rottura di corde o prolasso.

L'osservazione differenziata nei due periodi , ha mostrato una riduzione di eventi quali embolie (31% vs 16 %) ed insufficienze valvolari moderato-severe (39% vs 28 %) ) ed incremento di eventi quali ascessi e pseudoaneurismi (4 % vs 12 %). La mortalità è passata, comunque, dal 14% nel I° al 7,5% nel II°.

Questi dati mostrano, in conclusione, un aumento di endocarditi su cateteri , una riduzione di complicanze emboliche e da insufficienze valvolari gravi, un incremento del rilievo di ascessi e pseudoaneurismi. Quest'ultimo dato può essere dovuto da un lato ad un loro maggiore riconoscimento per il miglioramento, negli ultimi anni, della tecnica ecocardiografia transtoracica e per l'impiego sistematico dell'ecocardiografia transesofagea, dall'altro lato al fatto che, ancora oggi, si arriva troppo tardivamente alla diagnosi di endocardite, dopo terapie antibiotiche inadeguate ed in assenza di una reale integrazione interdisciplinare nel gestire questa patologia .

Tuttavia l'ecocardiografia, sia nella fase diagnostica iniziale, che nell'individuare le complicanze, costituisce, nella nostra esperienza, un mezzo diagnostico indispensabile nell'indirizzare la terapia medica (antibiotici e terapia per lo scompenso cardiaco) e nel definire le indicazioni chirurgiche nei tempi e nei modi con ripercussioni positive sulla prognosi.