



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA E SPERIMENTALE
CLINICA CARDIOLOGICA

Policlinico Universitario - V

2 - I

PERIZIA SUGLI AVVENIMENTI PRESENTATI DAL SIGNOR _____ DOPO INTERVENTO
DI CARDIOCHIRURGIA COMPLICATO DA ENDOCARDITE INFETTIVA DA PSEUDOMONAS
AERUGINOSA

Ho avuto occasione di seguire la fase finale della malattia del signor _____, a partire dal maggio 2005 quando l'ho visitato in terapia intensiva dell'ospedale Clinicizzato di _____ ove tenevo un seminario di Cardiologia; ho rivisto il malato a _____ l'8 agosto 2005, poco tempo prima del suo decesso.

Nato nel _____ il signor _____ era da tempo un diabetico non ben controllato ed aveva una leggera ipertensione arteriosa, in trattamento. Nel marzo 2004 aveva iniziato a presentare una angina da sforzo, per cui fu sottoposto a _____ ad accertamenti cardiologici, che rivelavano la presenza di una stenosi valvolare aortica calcifica di grado elevato, con alte differenze di pressione sopra e sotto l'ostacolo (oltre 70 mm Hg) e arterie coronarie indenni, per cui fu proposto ed accettato l'intervento di sostituzione valvolare con valvola biologica. L'intervento fu eseguito nel mese di ottobre 2004 ed all'inizio non vi furono problemi di rilievo. Tuttavia pochi giorni dopo comparve febbre elevata non sensibile ai comuni trattamenti: solo tre settimane dopo fu posto il sospetto di endocardite infettiva e l'emocultura rivelava la presenza nel sangue di un germe lo pseudomonas aeruginosa, da probabile contaminazione in sala operatoria. Il dato è interessante ed importante per molti motivi: è un gram negativo (cioè non si colora con il metodo Gram), è la causa più frequente di contaminazione chirurgica (vedere Trattato di Braunwald, quinta edizione: Heart Disease, pagina 1082) e produce notoriamente con la maggiore frequenza rispetto ad altri organismi del genere la distruzione delle valvole protesiche e insufficienza cardiaca, anche per la scarsa sensibilità agli antibiotici, tanto è vero che si dice che la terapia di elezione è quella chirurgica precoce. Infatti la terapia antibiotica non diede alcun risultato, anzi l'endocardite si complicava dapprima con embolia settica alla milza, per cui fu ritenuto opportuno asportare la milza; venti giorni dopo una seconda embolia, questa volta a carico delle coronarie produceva con infarto miocardico esteso e compromissione importante del ventricolo sinistro. In quella occasione, il 3 maggio 2005, vedevo il malato, le cui condizioni erano certamente gravi, tuttavia la violenza del processo infettivo, la resistenza alla terapia antibiotica mi facevano porre il suggerimento di un intervento chirurgico urgente di risostituzione della valvola protesica.

Tanto più che un esame ecocardiografico rilevava la presenza di vegetazioni sul lato aortico della valvola aortica, situazione che faceva prevedere altre possibilità emboliche.

Tale suggerimento non ha avuto seguito e nel mese seguente sono comparsi altri episodi embolici, uno dei quali ha colpito in modo irreparabile la funzione renale; la comparsa della insufficienza renale ha comportato la necessità di mettere il paziente in dialisi cronica, con tre sedute settimanali.

Nei mesi seguenti l'infezione non si è risolta, le condizioni generali sono diventate via via più compromesse, la funzione cardiaca aggravata.

Quando ho rivisto il malato, in settembre 2005 dopo la osservazione iniziale, non ritenevo che vi fosse nessuna possibilità chirurgica convenzionale e che la sola via di uscita fosse un trapianto combinato di cuore e rene, che, naturalmente in un malato del genere, aveva un rischio superiore a quello di un doppio trapianto elettivo, ma che rappresentava, a mio parere, la sola via di uscita.

Quel giorno il malato aveva tutti i segni della endocardite cronica grave come si vedeva oltre trent'anni fa: compromissione generale, respiro affannoso e frequente, anemia, febbre, petecchie agli arti inferiori, grave insufficienza renale, cuore ingrandito. La terapia consisteva in antibiotico, Ciproxin; dobutamina per sostenere il circolo (ma a lungo andare tale trattamento produce effetti negativi), altri farmaci di minore peso: chiaramente la terapia farmacologica aveva da mesi fallito e quindi esaurito la sua funzione.

E' da ritenere che l'atteggiamento un poco pavido e non includente l'intervento chirurgico di urgenza, già indicati precocemente, ma ancor più dopo l'episodio di embolia renale, non abbia interrotto la storia naturale della malattia e preparato la strada alle successive complicanze ed all'exitus, considerato il tipo di germe e la sua scarsa sensibilità agli antibiotici.

Pertanto per quello che si conosce sulla endocardite da *pseudomonas aeruginosa* non è stato saggio un trattamento antibiotico protratto, tanto più che tutte le pubblicazioni mediche insistono che in ogni tipo di endocardite il mancato sfebbramento dopo due settimane consiglia la chirurgia della endocardite in genere e che questa è richiesta in particolare per il tipo di germe isolato sino dall'inizio.

*Professore Emerito di Cardiologia
Università di*