

ENFEKTİF ENDOKARDİTLİ HASTAYA YAKLAŞIM

33. BÖLÜM

Ferhat IŞIK¹

GİRİŞ

Enfektif endokardit (EE), kalbin kapaklarında (nativ veya yapay), endokard yüzeyinde ve intrakardiyak cihazların (kalp pili, kataterler, yardımcı destek cihazları) üzerinde meydana gelen enfeksiyon olarak tanımlanır. Görülme sıklığı az (100 binde 3-10) olmasına rağmen gürültülü ve mortal seyirli bir hastalıktır. Etiyolojisinde en çok görülen etkenler; Stafilokok, streptokok ve enterokok türleridir (1,2). Tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen, hastane içi mortalite oranı %20'dir. Bu oran bir yıl içinde %30'u geçebilmektedir (1,3). İleri yaş ve artmış komorbid durumlar mortalitenin en önemli belirleyicileridirler. Son zamanlarda, sağlık hizmetiyle ve intrakardiyak cihazla ilişkili EE vakalarında artış görülmektedir. Etkenlerin, ilaç direnci yüksek ve patojenitesi daha fazladır (1,4). Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) yeni kılavuzunda, tanı, tedavi ve korunma konularında bazı değişiklikler yapılmıştır (4).

PATOGENEZ

Predispozan kardiyak faktörlerin varlığı (siyanotik konjenital kalp hastalıkları, protez kalp kapakları, intrakardiyak cihazlar) ve komorbid durumlara sekonder olarak kapaklarda, mural endokardda, kalp içi cihazların etrafında türbülans oluşur. Daha sonra, bu türbülansın olduğu yerlerde fibrin ve trombosit birikimi

¹ Uzman Dr, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, frht_0316@hotmail.com

Tablo 2: Antibiyotik profilaksisi önerilen yüksek riskli hastalar ve tedavi rejimi (ESC-2015 Enfektif Endokardit kılavuzu)

1. Protez kapağı olan hastalar (biyoprotez, metalik veya perkütan yerleşimli kapak) veya prostetik materyal ile kapak tamiri yapılan hastalar
2. Enfektif endokardit geçirme öyküsü
3. Doğumsal kalp hastalığı olanlar (siyanotik grup)
4. Prostetik materyal ile tamir yapılmış herhangi bir doğumsal kalp hastalarında
 - A. Cerrahi veya perkütan işlemden sonraki ilk altı ay
 - B. Cerrahi veya perkütan işlem sonrası rezidüel şanti veya kapak yetersizliği olanlar

Tedavi rejimi: Dişle ilgili işlemden 30–60 dakika önce 2 gr amoksisilin/ampisilin veya 600 mg klindamisin (penisilin/ampisiline alerji varsa) oral veya intravenöz olarak verilir.

KONSÜLTASYON VE ACİL NOTLARI

- EE, tüm tanı ve tedavi modalitelerinin gelişmesine rağmen komplikasyonları ve mortalitesi halen yüksek olan bir hastalıktır.
- Hastaların klinik prezentasyonu farklılık gösterebilmesine rağmen, persistan seyirli ateş varlığı veya nedeni belirlenemeyen ateş varlığında klinisyenler, EE'den şüphe etmelidirler.
- Antibiyotik tedavisine rağmen düşmeyen ateş ve fizik muayenede kardiyak üfürüm varlığında ayırıcı tanıda EE düşünülmelidir.
- EE'de antibiyotik profilaksisinde agresif olunmamalıdır, sadece yüksek riskli hastalara profilaksi verilmelidir.
- Tanı, takip ve tedavinin her döneminde EE takımının birlikte hareket etmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, et al. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. Arch Intern Med 2009;169:463–73.
2. Cahill TJ, Prendergast BD. Infective endocarditis. Lancet. 2016 Feb 27;387(10021):882–93. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00067-7.
3. Chu VH, Cabell CH, Benjamin DK Jr, et al. Early predictors of in-hospital death in infective endocarditis. Circulation 2004;109:1745–9.
4. Authors/Task Force Members, Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The Task Force for the Management of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC)En-

- dorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). *Eur Heart J* 2015;36:3075–128.
5. Vieira ML, Grinberg M, Pomerantzeff PM, Andrade JL, Mansur AJ. Repeated echocardiographic examinations of patients with suspected infective endocarditis. *Heart* 2004;90:1020–4.
 6. Şimşek-Yavuz S, Akar AR, Aydoğdu S, et al. [Diagnosis, treatment and prevention of infective endocarditis: Turkish consensus report]. *Klinik Derg.* 2019; 32(Suppl. 1): 2-116.
 7. Fowler VG, Scheld WM, Bayer AS. Endocarditis and intravascular infections. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, eds. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2015: 990- 1028.
 8. Prendergast BD, Tornos P. Surgery for infective endocarditis: who and when? *Circulation* 2010;121:1141-52.
 9. Kang DH, Kim YJ, Kim SH, et al. Early surgery versus conventional treatment for infective endocarditis. *N Engl J Med* 2012;366:2466–73.
 10. Lalani T, Chu VH, Park LP, et al. In-hospital and 1-year mortality in patients undergoing early surgery for prosthetic valve endocarditis. *JAMA Intern Med* 2013;173:1495–504.
 11. Chu VH, Park LP, Athan E, et al. Association between surgical indications, operative risk, and clinical outcome in infective endocarditis: a prospective study from the International Collaboration on Endocarditis. *Circulation* 2015;131:131–40.
 12. Dayer M, Thornhill M. Antibiotic Prophylaxis Guidelines and Infective Endocarditis: Cause for Concern? *J Am Coll Cardiol* 2015;65:2077–8.