

# BÖLÜM 61

## İNFEKTİF ENDOKARDİT

Şule DAMLACA<sup>1</sup>

### GİRİŞ VE EPİDEMİYOLOJİ

İnfektif endokardit (İE) nadir görülen, mortalite ve morbiditesi yüksek, genç insanları etkileyen, infeksiyon acilleri arasında değerlendirilen bir infeksiyon hastalığıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda İE sıklığının arttığı ve hastaların yaş ortalamasının 61,5 (25-92) olduğu saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde 18 yaşından büyük popülasyonda İE insidansı yılda 4.4/100 000 kişidir<sup>1</sup>. Türkiye’de yapılmış bir insidans çalışması olmasa da; romatizmal kalp hastalığı ve sağlık bakımı ilişkili bakteriyemi gibi İE gelişmesine zemin hazırlayan durumların sık olması, ülkemizde gelişmiş ülkelere göre İE sıklığının daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Ülkemizde yaş ortalaması da 47 olup literatüre göre daha düşüktür. Hastaların çoğuna ilk başvuru anında tanı konulamamakta, yarısına ise tanı 3 aydan sonra konulabilmektedir<sup>2</sup>.

### RİSK FAKTÖRLERİ

İnfektif endokardit erkeklerde, yaşlılarda, endokardite eğilim oluşturan kardiyak patolojisi olanlarda, intravenöz (IV) ilaç bağımlılarında, hemodiyaliz uygulanan hastalarda, solid organ ve hematopoetik kök hücre nakli yapılan veya damar içi kateteri bulunan hastalarda daha sık görülmektedir. Endokardite eğilim

oluşturan kardiyak durumlar ise; yapay kapak, yapay halka, kardiyak implante edilebilen elektronik cihaz gibi intrakardiyak bir yabancı cisim varlığı, geçirilmiş endokardit, dejeneratif ve romatizmal kalp hastalığı ve konjenital kalp hastalıklarıdır. Gelişmiş ülkelere romatizmal kalp hastalıkları endokardit için risk olmaktan çıkmıştır ancak gelişmekte olan ülkelere halen önemini korumaktadır<sup>2</sup>. Ülkemizde romatizmal kalp hastalıkları, İE risk faktörleri arasında %34 ile birinci sıradadır. Erişkinlerde İE ile ilişkili bulunan en önemli konjenital kalp hastalığı ise biküspit aort kapağıdır<sup>3</sup>.

### SINIFLAMA

İE, hastalığın süresine göre akut, subakut ve kronik olarak sınıflanabilir. Hastalığın süresi 6 haftadan kısa ise akut, 6 hafta-3 ay arasında ise subakut, 3 ayın üzerinde ise kronik endokardit olarak adlandırılır. Akut İE’de etken genellikle *Staphylococcus aureus*’tur; normal kapaklar tutulur, hızlı ilerler, vejetasyon büyüktür ve embolik olaylar sık görülür. Subakut/kronik İE’de ise etken genellikle viridans streptokoklardır; önceden kapak hastalığı vardır, vejetasyon küçük, klinik seyir yavaş ve vasküler/immünolojik olaylar daha siktir. Endokardit infeksiyonun yerine ve kalp içinde yabancı cisim varlığına ya

<sup>1</sup> Uzman Dr, Enfeksiyon Hastalıkları Klinik Mikrobiyoloji, Üsküdar Devlet Hastanesi, suledamlaca@gmail.com

Amerikan Kardioloji Derneği İE klavuzunda kardiyak valvülopati gelişen kalp nakli yapılmış hastalarda profilaksi önerirken bunu destekleyen kanıt olmadığı için Avrupa Kardioloji Derneği profilaksi önermemektedir<sup>7,12</sup>.

Sadece dişetinin ya da dişin periapikal bölgesinin manipüle edildiği dental girişimlerde ve ağız mukozası perforasyonlarında profilaksi gerekir. Dental işlemten 1 saat önce tavsiye edilen dental profilaksi :

- Amoksisilin ya da ampisilin oral-IV 2 gram
- Alerji varsa klindamisin oral-IV 600mgdir.

Solunum yolu, gastrointestinal ve genitoüriner sistem ve yumuşak doku girişimlerinde İE profilaksisi gerekmez. Ancak kanıtlanmış bir enfeksiyon varlığında solunum yollarında stafilkokları, gastrointestinal ve genitoüriner sistemde enterokokları, yumuşak dokuda beta hemolitik streptokok ve stafilkokları kapsayan tedavi amaçlı antimikrobik başlanmalıdır<sup>7</sup>.

## KAYNAKLAR

1. Fatma S, Dao B, Jameel A, et al. Epidemiology of infective endocarditis in rural upstate NewYork 2011-2016. *J Clin Med Res.* 2017;9(9):754-8. Doi:10.14740/jocmr3131w
2. Şimşek-Yavuz S, Akar AR, Aydoğdu S, et al. İnfektif endokarditin tanısı, tedavisi ve önlenmesi:Ulusal uzlaşi raporu. *Klinik Dergisi.* 2019;32(1):2-116. Doi:10.5152/kd.2019.50
3. Şimşek-Yavuz S, Şensoy A, Kaşıkçıoğlu H et al. İnfektive endocarditis in Turkey:aetiology, clinical features, and analysis of risk factors formortality in 325 cases. *Int J Infect Dis.* 2015;30:106-14. Doi:10.1016/j.ijid.2014.11.007
4. İnkaya AÇ, Akova M. (2017) Enfektif endokardit, miyokardit, perikardit. Wilke A, Söyletir G, Doğanay M (Ed.) Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi 4. Baskı içinde (s:951-964). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
5. Tattevin P, Watt G, Revest M, et al. Update on blood culture-negative endocarditis. *Médecine et Maladies Infectieuses.* 2015;45(1-2):18. Doi:10.1016/j.med-mal.2014.11.003
6. Cahill TJ, Prendergast BD. Infective endocarditis. *TheLancet.* 2016; 387(10021): 882–893. Doi:10.1016/s0140-6736(15)00067-7
7. 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). Endorsed by: European Association for Cardio-thoracic Surgery(EACTS), the European Association of Nuclear Medicine(EANM). *Eur Heart J.* 2015;36(44):3075-128. Doi:10.1093/eurheartj/ehv319
8. Habib G, Badano L, Tribouilloy C, et al. Recommendations for the practice of echocardiography in infective endocarditis. *Eur J Echocardiogr* 2010;11:202–219. Doi:10.1093/ejehoccard/jeq004.
9. Gomes A, Glaudemans A.W.J.M.,Touw D. Et al. Diagnostic value of imaging in infective endocarditis: a systemic review. *The Lancet Infectious Disease.* 2017;17(1):1-14. Doi: 10.1016/S1473-3099(16)30141-4.
10. Roca M, de vries EF, Jamar F, et al. Guidelines for the labelling of leucocytes with <sup>111</sup>In-oxine. Inflammation/Infection Task group of the European Association of Nuclear Medicine. *Eur J Nucl Med Moll Imaging.* 2010;37(4):835-41. Doi:10.1007/s00259-010-1393-5
11. Duval X, Lung B, Klein I et al. Effect of early cerebral magnetic resonance imaging on clinical decisions in infective endocarditis: a prospective study. *Ann Intern Med.* 2010;152(8):497-504. Doi:10.7326/0003-4819-152-8-201004200-00006.
12. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M et al. Prevention of infective endocarditis:guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007;116:1736 Doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.183095
13. Li J, Sexton S, Mick DJ, et al. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis.* 2000;30(4):633–638. Doi:10.1086/313753
14. Fowler VG, Scheld WM, Bayer AS.(2015) Endocarditis and intravascular infections. Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ, (Ed.) Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases 8<sup>th</sup>ed in(990-1028), Philadelphia, PA: ElsevierSaunders.
15. Thuny F, Grisoli D, Collart F et al. Management of infective endocarditis:challenges and perspectives. *Lancet.* 2012;379(9819):965-75. Doi:10.1016/S0140-6736(11)60755-1
16. Gould FK, Denning DW, Elliott TS, et al. Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. Guidelines for the diagnosis and antibiotic treatment of endocarditis in adults: a report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *J Antimicrob Chemother.* 2012;67(2):269–289. Doi:10.1093/jac/dkr450
17. Park LP, Chu VH, Peterson G, et al. Validated risk score for predicting 6-month mortality in infective endocarditis. *J Am Heart Assoc.* 2016;5(4): e003016. Doi:10.1161/JAHA.115.003016.