



## BÖLÜM 104

### Enfektif Endokarditte Klinik Bulgular ve Tanı

*Nizamettin Selçuk YELGEÇ<sup>1</sup>*

#### GİRİŞ

Enfektif endokardit (EE), makroskopik olarak vejetasyon ile karakterize olup normal veya hasarlı endotel yüzeylerinin, protez kalp kapaklarının ve implante edilmiş cihazlar (örneğin kalp pilleri, ventriküler destek cihazları, cerrahi şantlar) dahil olmak üzere kalp içindeki herhangi bir yapının enfeksiyonu olarak tanımlanır. Modern tıbbi ve cerrahi tedaviye rağmen EE'de 6 aylık mortalite oranları halen %25'e yaklaşmaktadır ve tedavi edilmez ise büyük oranda ölümcüldür<sup>1</sup>. Predispozan faktörleri olduğu bilinen hastaların sadece küçük bir kısmında, ateş, aktif valvülit, periferik emboli, renal immünolojik veya periferik vasküler fenomen ve bakteriyemi gibi klasik belirtilerin saptanması ile tanı kolaylıkla konabilir. Fakat hastaların çoğunda, EE son derece değişken bir klinik görünümüne sahiptir. Nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle, hastaların başvurduğu çeşitli hekim grubunun bilgi düzeyi de her zaman bu hastaları tanımak için yeterli olmayabilir. Enfektif endokardit akut, hızlı ilerleyen bir enfeksiyon olarak ortaya çıkabileceği gibi, düşük dereceli açıklanamayan ateş ve klinik değerlendirmeyi

zorlaştırabilecek halsizlik kilo kaybı gibi özgül olmayan bulgular ile kendini gösterebilen subakut veya kronik bir hastalık olarak da ortaya çıkabilir. Enfektif endokardit olgularının %27-38'inde tanının otopsiye kadar konamadığı, bu oranın yıllar içinde değişmediği (1970-1985 arası %35, 1986-2008 arası %42,8) ve özellikle yoğun bakım birimi ile transplantasyon hastalarında gözden kaçtığı bildirilmiştir<sup>2</sup>. Enfektif endokarditin karmaşık klinik tablosu göz önüne alındığında tanısını hızlı koyabilmek için, erken dönemde hastalıktan kuşulanmak çok önemlidir. Hızlı teşhis, etkili tedavi ve gelişmekte olan komplikasyonların erken safhada tanınması hastaların iyileşebilmesi için kritik değere sahiptir. Semptomlardan doğru ve hızlı bir şekilde şüphelenilir ise EE tanısı genellikle basittir. Kan kültürleri ve ekokardiyografi çoğu vakada tanıyı doğrular veya ekarte eder. Bir grup hastada daha ileri mikrobiyolojik araştırmalara veya ek görüntüleme tekniklerine ihtiyaç duyulur. Enfektif endokardit tanısındaki en önemli zorluk, erken dönemde klinik semptomların doğru ve hızlı bir şekilde tanınmaması, akla getirilmemesi ve klinik tanının bu nedenle sıklıkla gözden kaçması ve gecikmesidir.

<sup>1</sup> Doç. Dr. Nizamettin Selçuk YELGEÇ, S.B. S.B.Ü. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü yelgec@gmail.com



## SONUÇ

Sağlık merkezlerine ateş ile başvuran ve kapak hastalığı veya yapay kapak dahil intrakardiyak yabancı cismi bulunan, damar yolu ile madde kullanım öyküsü olan veya kronik hemodiyaliz hastası olmak gibi endokardit için risk faktörlerini taşıyan hastalarda, açıklanamayan ateş, halsizlik, kilo kaybı ve akut faz reaktanları artışı; merkezi sinir sistemine ve akciğere yönelik olanlar da dahil olmak üzere açıklanamayan arteriyel embolizasyon, açıklanamayan kalp yetmezliği ve kapak yetersizliği, kaynağı belirlenemeyen sepsis, birden fazla septik enfeksiyon odağı ve açıklanamayan kan kültürü pozitifliği karşısında mutlaka EE düşünülmeli ve hastalar Duke tanı kriterleri kullanılarak uygun şekilde araştırılmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Hill EE, Herijgers P, Claus P, Vanderschueren S, Herregods M-C, Peetermans WE. Infective endocarditis: changing epidemiology and predictors of 6-month mortality: a prospective cohort study. *Eur Heart J*. 2007;28(2):196–203.
- Guerrero MLF, Álvarez B, Manzarbeitia F, Renedo G. Infective endocarditis at autopsy: a review of pathologic manifestations and clinical correlates. *Medicine (Baltimore)*. 2012; 91(3):152–64.
- Steckelberg JM, Murphy JG, Ballard D, Bailey K, Tajik AJ, Taliercio CP, et al. Emboli in infective endocarditis: the prognostic value of echocardiography. *Ann Intern Med*. 1991 Apr;114(8):635–40.
- Pruitt AA. Neurologic complications of infective endocarditis. *Curr Treat Options Neurol*. 2013 Aug;15(4):465–76.
- Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, Miró JM, Fowler Jr VG, Bayer AS, et al. International collaboration on endocarditis-prospective cohort study (ICEPCS) investigators. 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(5):463–73.
- Chirillo F. It is not how old you are, it is how you are old: need for changes in the management of infective endocarditis in the elderly. *BMJ Publishing Group Ltd and British Cardiovascular Society*; 2017.
- Tornos P. Clinical features of infective endocarditis. In: *Infective Endocarditis*. Springer; 2016. p. 23–9.
- ALPERT JS. Pathogenesis of Osler's Nodes. *Ann Intern Med* [Internet]. 1976 Oct 1;85(4):471. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-85-4-471>
- Loughrey PB, Armstrong D, Lockhart CJ. Sinfical eye signs in bacterial endocarditis. *QJM* [Internet]. 2015 Nov;108(11):909–10. Available from: <https://academic.oup.com/qjmed/article-lookup/doi/10.1093/qjmed/hcv055>
- Millaire A, Van Belle E, de Groote P, Leroy O, Ducloux G. Obstruction of the left main coronary ostium due to an aortic vegetation: survival after early surgery. *Clin Infect Dis an Off Publ Infect Dis Soc Am*. 1996 Jan; 22(1):192–3.
- Revilla A, López J, Villacorta E, Gómez I, Sevilla T, del Pozo MA, et al. Isolated right-sided valvular endocarditis in non-intravenous drug users. *Rev Esp Cardiol*. 2008 Dec;61(12):1253–9.
- Chahoud J, Sharif Yakan A, Saad H, Kanj SS. Right-Sided Infective Endocarditis and Pulmonary Infiltrates: An Update. *Cardiol Rev*. 2016; 24(5):230–7.
- Şimşek-Yavuz S, Akar AR, Aydoğdu S, Berzeg-Deniz D, Demir H, Hazırolan T, et al. Enfektif endokarditin tanısı, tedavisi ve önlenmesi: Ulusal uzlaşısı raporu. *KLİMİK Derg*. 2019;32(1):2.
- Prendergast BD. Diagnostic criteria and problems in infective endocarditis. *Heart*. 2004 Jun; 90(6):611–3.
- Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. *Duke Endocarditis Service. Am J Med*. 1994 Mar;96(3):200–9.
- Granados U, Fuster D, Pericas JM, Llopis JL, Ninot S, Quintana E, et al. Diagnostic accuracy of 18F-FDG PET/CT in infective endocarditis and implantable cardiac electronic device infection: a cross-sectional study. *J Nucl Med*. 2016; 57(11):1726–32.
- Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongioni MG, Casalta J-P, Del Zotti F, 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 A. *Eur Heart J*. 2015; 36(44):3075–128.
- Meine TJ, Nettles RE, Anderson DJ, Cabell CH, Corey GR, Sexton DJ, et al. Cardiac conduction abnormalities in endocarditis defined by the Duke criteria. *Am Heart J*. 2001 Aug;142(2):280–5.
- Simsek-Yavuz S. Enfektif Endokardit: Güncel Bilgiler/Infective Endocarditis: An Update. *Klimik Derg*. 2015;28(2):46.