

# İnfektif Endokardit: 1 Vaka



  
İZMİR  
KÂTİP ÇELEBİ  
ÜNİVERSİTESİ

ÜNİVERSİTESİ  
KÂTİP ÇELEBİ  
İZMİR

Dr. Emre Özdemir  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi  
Atatürk Eğt. ve Arş. Hast.  
Kardiyoloji A.D.

# İnfektif Endokardit

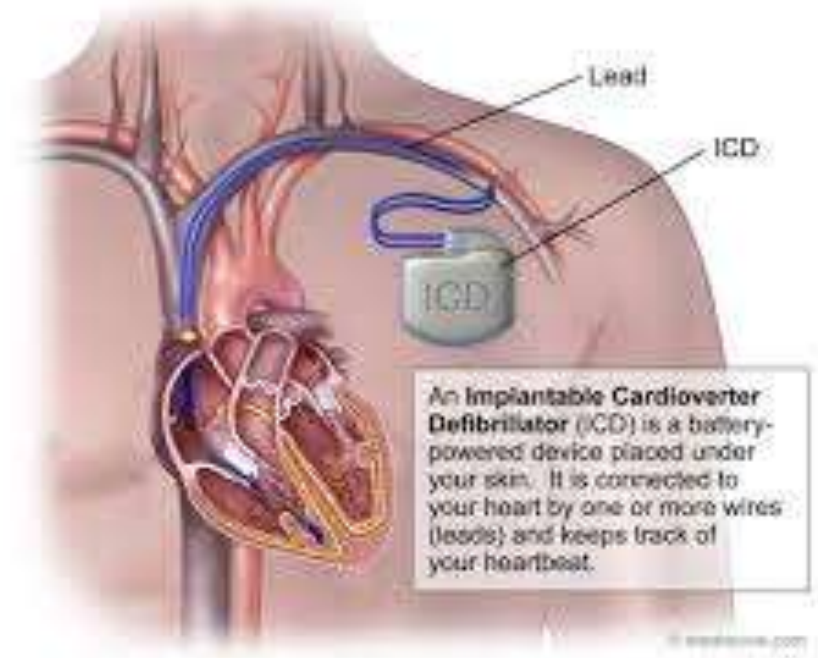
- İnfektif endokardit(EE) , çağdaş tıbbi yeniliklere rağmen kötü prognozlu ölümcül bir hastalıktır.
- Son yıllarda sebeplerinde ve epidemiyolojisinde değişiklikler olmuştur.
- Artan tanısal veya tedavi edici girişimlere bağlı, sağlık-hizmetiyle ilişkili EE sıklığı artmıştır.

# İnfektif Endokardit

- EE kuşkusunu olan hastalarda erken tanı ve tedavi çok önemlidir.
- Kan kültürü ve ekokardiyografi temel tanısal araçlardır.
- Ancak, protez kapak veya intrakardiyak cihazlı hastalarda, bu tetkikler tanı için negatif veya yetersiz olabilmektedir.
- Benzer hastalarda, kardiyak bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans ve nükleer görüntüleme gibi yeni yöntemler, hem tanıda hem de EE komplikasyonlarının saptanmasında faydalı
- Ancak hala TTE ve TEE temel tanı yöntemidir

# Vaka

- Hastamız 69 yaşında bayan hasta
- İzmir de 3. basamak bir hastanede nedeni bilinmeyen arrest sonrası takılan holterde VT saptanmış.
- Hastaya ICD implante edilmiş.



# Vaka

- Hastanın takiplerinde yapılan TTE'de sol kalpte lead görülmesi nedeni ileri inelemlerde ventriküler lead'in PFO'dan geçtiği görülmüş



# Lead Malpozisyonu

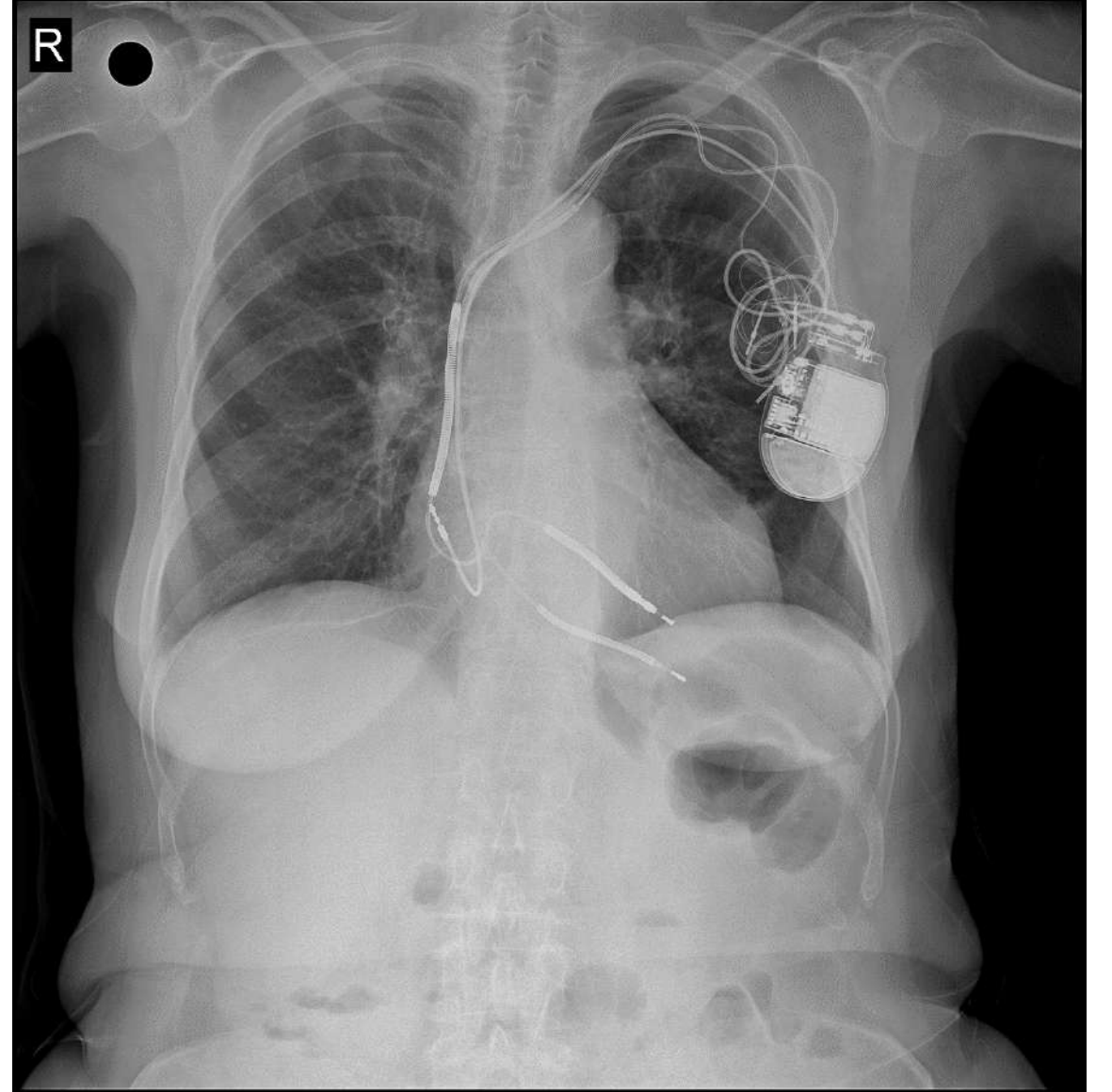
- Kalıcı pil elektrodu malpozisyonu insidansı tam olarak bilinmemekle beraber; ekokardiyografi gibi non-invazif tanı modalitelerinin uygun kullanımı ile daha sık tanı konulabilmektedir.
- Sol ventriküle kalıcı pil malpozisyonundan kaynaklanabilecek en önemli komplikasyonlar trombüse bağlı sistemik ya da serebral tromboembolik olaylar, tamponadla beraber perforasyon, artmış pil eşik değeri ve sol ventrikülde elektrod yerleşim bölgesinde fibrozistir

# Lead Malpozisyonu

- Kalıcı pil elektrod malpozisyonlarında komplikasyonların önlenmesi için elektrodların çıkarılması gerektiği düşünülmektedir. Tanı implantasyon sonrası birkaç gün içinde konulursa; elektrodun perkütan yolla çıkarılması denenebilir ancak kanama riski öngörülememektedir.
- Tanı gecikmişse; trombus ve fibröz dokunun yerinden oynatılması nedeniyle perkütan yoldan kaçınılmalıdır

# Vaka

- KDC-Kardiyoloji Konseyde cerrahi olarak çıkartılma kararı alınmış
- Ancak yoğun fibrosiz nedenli leadin apikal kısmı çıkartılamamış
- Hastanın giriş EF normal iken çıkış düşük EF





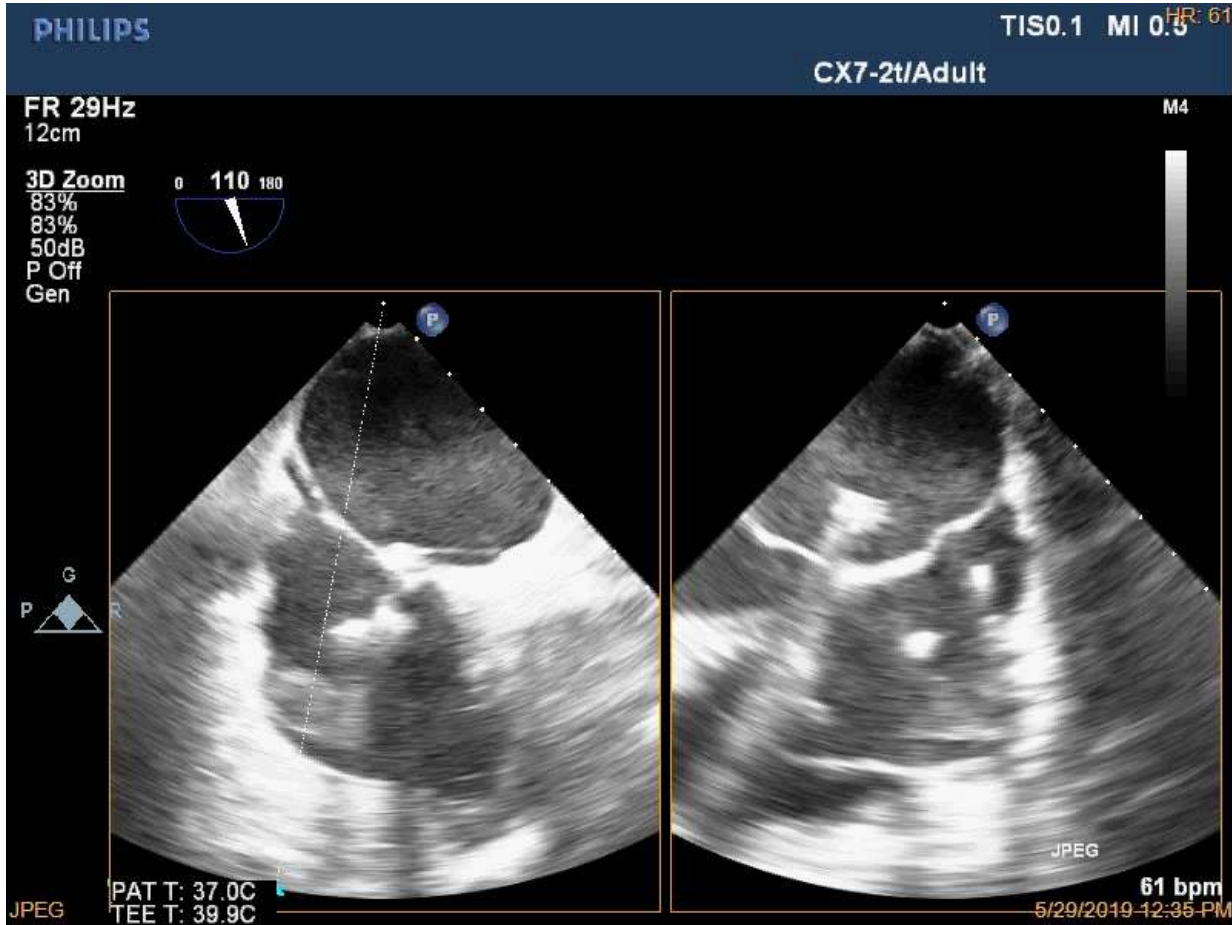
# Vaka

- İşlemden yaklaşık 4 yıl sonra replasman sonrası ateş üşüme titreme iştah azalması
- Sedim:73 mm
- WBC:15.44
- Neu:10.96(%71)
- Lym:2.43 (%15)
- CRP:67.55 mg/dL
- PCT:9 mcg/L
- Hb:9.7 g/dL , MCV:72.5 fl , MCH:20.5 pg , RDW:%19.4 (Hipokrom mikrositer)

# Ampirik tedavi

- Hasta enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi.
- GENTAMISIN 3MG/KG/GÜN + VANKOMISIN 2\*10MG/KG başlanması, yaklaşık 5 gün sonra tedavisine RIFAMPISIN 900mg/gun eklenmesi önerildi.

# Görüntüleme



# Kültür

Parametre Adı	Sonuc	Birim	Normal Değerler	Önceki Sonuc
Kan Kültürü (AEROB-ANAEROB) Otomatik Sistem	ÜREME OLDU			ÜREME OLDU
METİSİLİNE DUYARLI KOAGULAZ NEGATİF STAPHYLOCOCCUS (MSKNS) ÜREDİ. DERİ FLORA BAKTERİSİDİR. KLİNİĞİYLE BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİ UYGUNDUR.				
İstenen Tetkik :KAN KÜLTÜRÜ (AEROB-ANAEROB) OTOMATİK SİSTEM - Kan Kültürü (AEROB-ANAEROB) otomatik sistem İstem Açıklama :KAN KÜLTÜRÜ (AEROB-ANAEROB) OTOMATİK SİSTEM İncelenen Örnek :HEMOKÜLTÜR Sonuç :ÜREME OLDU Mikroskopî Sonucu : Kültür Sonucu :METİSİLİNE DUYARLI KOAGULAZ NEGATİF STAPHYLOCOCCUS (MSKNS) ÜREDİ. DERİ FLORA BAKTERİSİDİR. KLİNİĞİYLE BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLMESİ UYGUNDUR. Üreyen Bakteri :STAPHYLOCOCCUS SCHLEİFERİ Duyarlılık :YOK Açıklama :				
Antibiyotik Adı Sonuç				
-----				
-----				
FOSFOMYCİN w/G6P.....	DİRENÇLİ			
AMİKACİN.....	DUYARLI			
CLİNDAMYCİN.....	DUYARLI			
CİPROFLOXACİN.....	DİRENÇLİ			
ERYTHROMYCİN.....	DUYARLI			
FUSİDİC ACİD.....	DUYARLI			
GENTAMİCİN.....	DUYARLI			
LEVOFLOXACİN.....	DİRENÇLİ			
MOXİFLOXACİN.....	DİRENÇLİ			
TRİMETHOPRİM-SULFAMETHOXAZOLE.....	DUYARLI			
TETRACYCLİNE.....	DUYARLI			
VANCOMYCİN.....	DUYARLI			
-----				

# Staf. Schleiferi

Journal List > J Clin Microbiol > v.37(10); 1999 Oct > PMC85564



Journal of  
Clinical Microbiology®

J Clin Microbiol. 1999 Oct; 37(10): 3353-3356.

PMCID: PMC85564

PMID: 10488205

Note

## Case of *Staphylococcus schleiferi* Endocarditis and a Simple Scheme to Identify Clumping Factor-Positive Staphylococci

Michael J. Leung,<sup>1,\*</sup> Nichalas Nuttall,<sup>2</sup> Margaret Mazur,<sup>3</sup> Tania L. Taddei,<sup>1</sup> Michael McComish,<sup>3</sup> and John W. Pearman<sup>1</sup>

• Author information • Article notes • Copyright and License information [Disclaimer](#)

This article has been corrected. See J Clin Microbiol. 2000 January; 38(1): 474.

This article has been cited by other articles in PMC.

### ABSTRACT

*Staphylococcus schleiferi* is a coagulase-negative staphylococcus infrequently pathogen. We report a case of prosthetic valve endocarditis attributed to this or another *Staphylococcus* species that gives similar clumping factor results (*S. li* simple, effective identification scheme for identification of clumping factor-p

Click here to try the  
**New PubMed!**

An updated version of PubMed is now available.  
Come see the new improvements to the interface!

Format: Abstract ▾

Send to

Transp Infect Dis. 2007 Dec;9(4):336-8. Epub 2007 Apr 11.

### Case of *Staphylococcus schleiferi* subspecies coagulans endocarditis and metastatic infection in an immune compromised host.

Kumar D<sup>1</sup>, Cawley JJ, Irizarry-Alvarado JM, Alvarez A, Alvarez S.

• Author information

#### Abstract

*Staphylococcus schleiferi* subspecies coagulans is a relatively recently described organism with limited human pathogenicity. Described case reports of infection are primarily limited to canine external otitis with only one reported case of human involvement, localized to a surgical wound infection. Similarities in phenotypic and microbiological characteristics between *S. schleiferi* subsp. coagulans and *S. aureus* have resulted in frequent mistakes using common methods of identification. We describe the first case of disseminated human infection with this species, definitively identified using DNA sequencing, and successfully treated with conventional therapy.

PMID: 17428280 DOI: 10.1111/j.1369-3062.2007.00222.x

[Indexed for MEDLINE]



NIH Public Access

Author Manuscript

Diagn Microbiol Infect Dis. Author manuscript; available in PMC 2014 March 27

Published in final edited form as:

Diagn Microbiol Infect Dis. 2012 September ; 74(1): 68-69. doi:10.1016/j.diagmicrobio.2012.05.027.

## FIRST REPORT OF A LEFT VENTRICULAR ASSIST DEVICE INFECTION CAUSED BY STAPHYLOCOCCUS SCHLEIFERI SUBSPECIES COAGULANS: A COAGULASE POSITIVE ORGANISM

Evangeline Thibodeau<sup>1,\*</sup>, Helen Boucher<sup>1</sup>, David DeNofrio<sup>2</sup>, Duc Thinh Pham<sup>3</sup>, and David Snyderman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division of Geographic Medicine and Infectious Diseases, Tufts Medical Center, Boston, Massachusetts

<sup>2</sup>Division of Cardiology, Tufts Medical Center, Boston, Massachusetts

<sup>3</sup>Division of Cardiothoracic Surgery, Tufts Medical Center, Boston, Massachusetts

### Case Report

A fifty-five year old female was diagnosed with non-ischemic cardiomyopathy four months prior to presentation. She had no past medical history and was taking no medications prior to her diagnosis of non-ischemic cardiomyopathy. At the time of diagnosis of heart failure, a Heartmate II left ventricular assist device (LVAD) was placed, and shortly after an intra-cardiac defibrillator (ICD) was placed. Three months after the LVAD was placed she developed purulent drainage at the driveline exit site. Culture of the exudate grew abundant coagulase negative staphylococcal species. The patient was treated with ten days of oral trimethoprim-sulfamethoxazole 160/800 mg twice daily. Seven weeks later, she again re-developed drainage at the LVAD exit site. On this second occasion, there was surrounding erythema and the patient felt systemically fatigued with description of subjective chills. Her medications at the time of presentation included aspirin, carvedilol, warfarin, lisinopril, aldactone, omeprazole, colace, senna, simethicone, and tylenol. She had a pet cat and pet dog. On physical exam, the patient was afebrile with a heart rate of 84, and normal LVAD flow rates. Her exam was remarkable for erythema and tenderness around her driveline site with purulent drainage. Her laboratory values were significant for a white blood cell count of 13.9 per mm<sup>3</sup> with 79% neutrophils. All other laboratory data were normal including negative blood cultures. CT scan of the abdomen showed a small amount of fluid surrounding the LVAD outflow tubing, however no large fluid collections were seen (Hannan et al., 2011). Gram stain from her LVAD driveline site drainage showed no white blood cells but gram-positive cocci in clusters with a positive tube coagulase test. The species was initially identified as *S. aureus* and the patient was started on vancomycin therapy. Later, the isolate was identified by Vitek 2 as *S. schleiferi* subspecies coagulans. The identification was confirmed by phenotypic tests for sugar fermentation and showed the

NIH-PA Author Manuscript

NIH

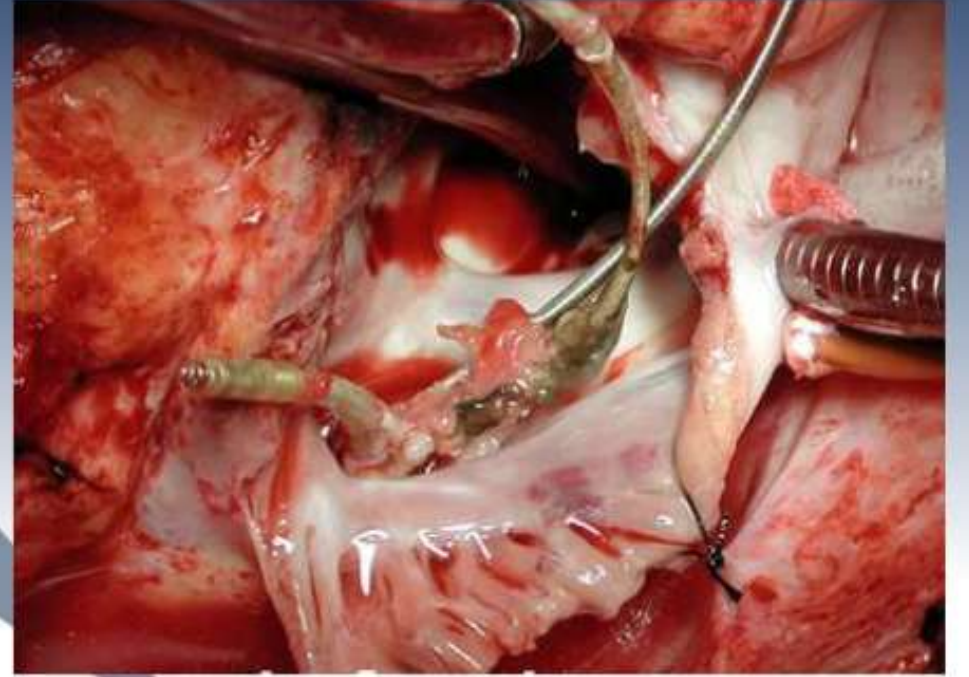
# Vaka

- Kan kültürü ile hasta tekrar konsülte
- 3 kan kx de MSKNS üremesi olan hastanın VANKOMİSİN tedavisinin kesilip yerine DAPTOMİSİN 6 MG KG/GÜN ile değiştirilerek antibiyoterapisinin devamı, kontrol 2 kan kx alınması, önerildi.
- Kontrol kan kx de üreme de olmaz ise DAPTOMİSİN tedavisinin 14 güne tamamlanıp kesilmesi önerildi.

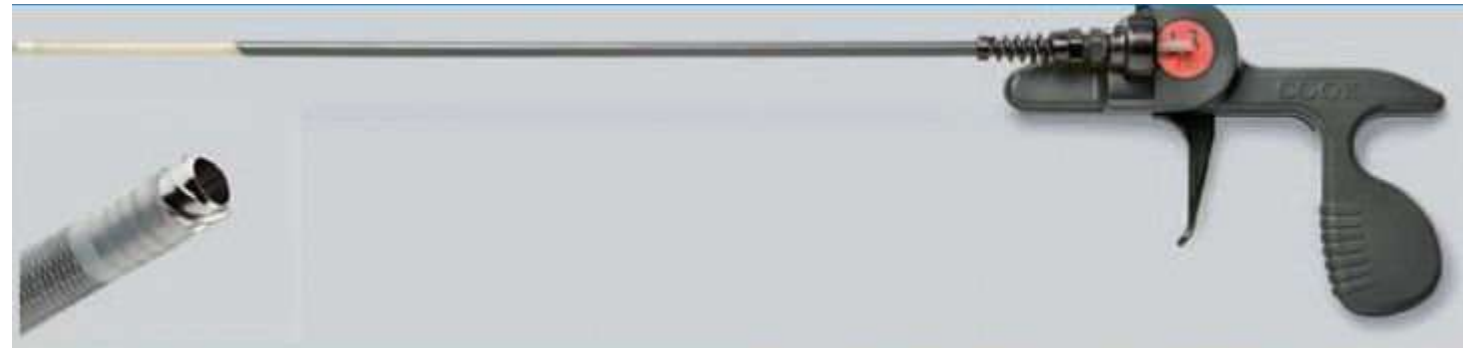
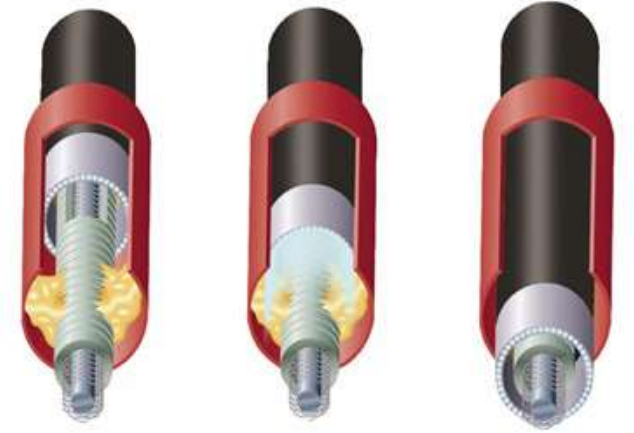
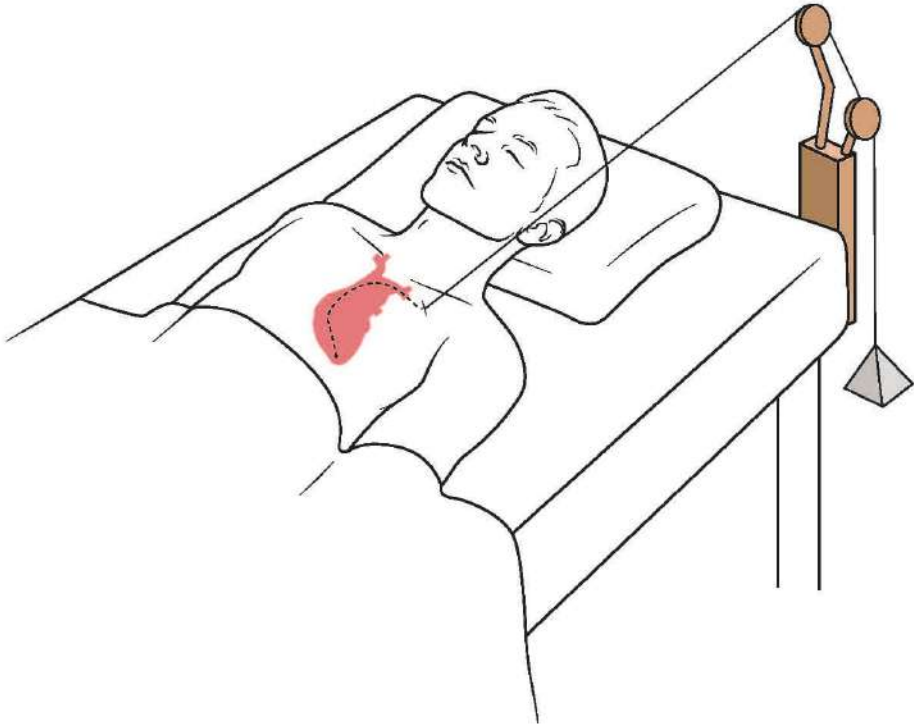
# Vaka

- 14. günde kan kültürlerinde üreme olmayan lab bulguları düzelen ve kitlesi küçülen hasta KDC'ye konsülte edildi.
- KDC, re-op yüksek risk olarak, leadlerin perkütan çıkartılmasını önerdi

## Lead removal techniques Surgical removal:

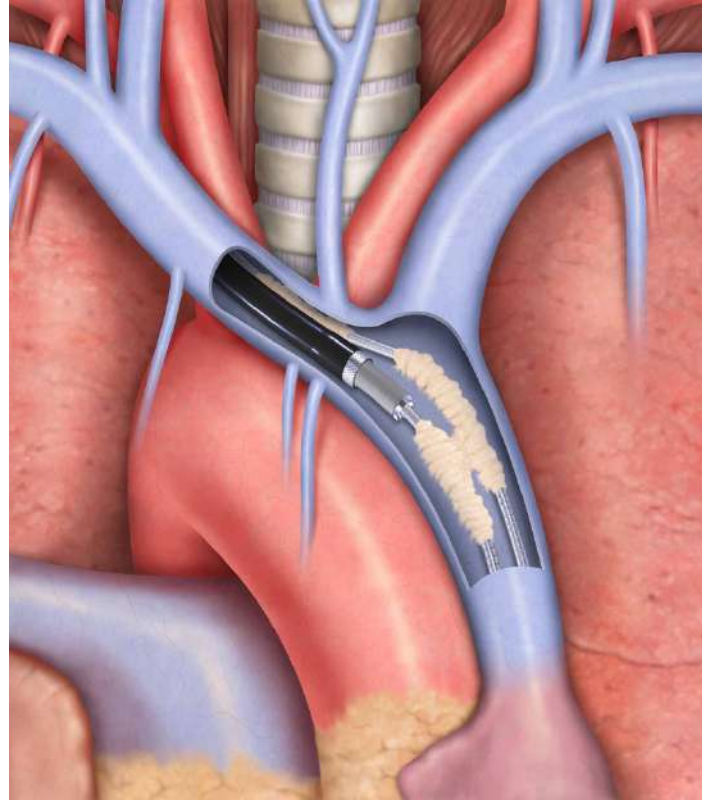
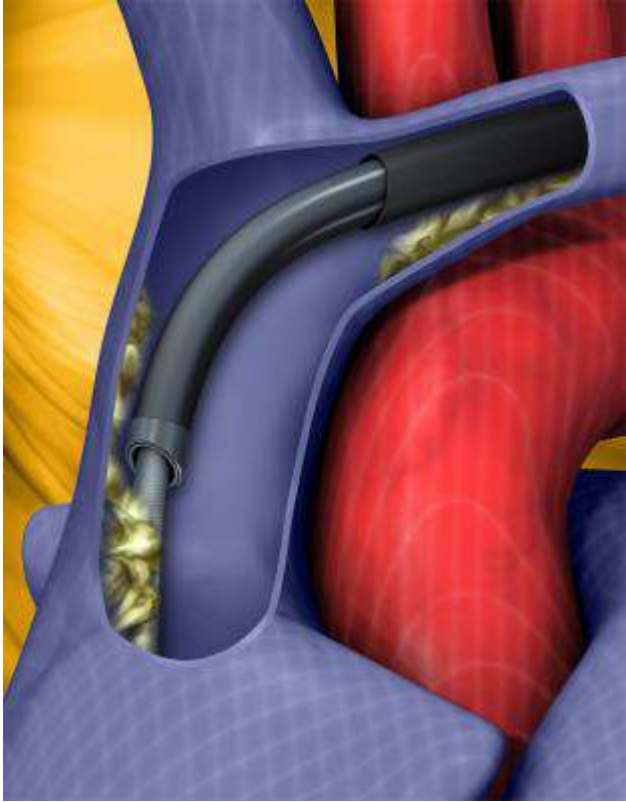


# Perkütan lead çıkartma





# Perkütan lead çıkartma



# Sonuç?

- Hasta antibiyotik tedavisi bitince kendi isteđiyle taburcu oldu.



# Teşekürler