

İNFECTİF ENDOKARDİTTE YENİ KANITLAR, YENİ YAKLAŞIMLAR

ULUSAL KILAVUZ GÜNCELLEMESİNE DOĞRU

18 EKİM 2025

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi
Hasan Ali Yücel Salonu, Ankara



İEÇG

KLİMİK DERNEĞİ İNFECTİF ENDOKARDİT VE DİĞER
KARDİYOVASKÜLER İNFEKSİYONLAR ÇALIŞMA GRUBU



Endokardit Ekibi ile Hasta Yönetimi;
Sorunlar ve Çözüm Önerileri

DR.SERPİL ÖZTÜRK

**Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve
Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi**

OLGU

- 75 yaş kadın
- HT, total tiroidektomi, AV tam blok sebebiyle CRT
- KOAH
- 17.09.2024 TAVI
- 22.10.2024 Taburcu

OLGU

- 4 AY SONRA

- Ateş
- Halsizlik
- Sol kolda ve yüzde uyuşma ile
- Dış merkeze başvuru

- Septik emboli? Ateş etyolojisi ile takip edilmiş.
- Kan kültüründe *Candida albicans* (X3)
- Dış merkez TEE normal.

Dış merkez-görüntüleme (Ocak 2025)

TORAKOABDOMİNAL BT ANJİYOGRAFİ:

- *Asendan aort* tübüler segment en geniş yerinde 40 mm ile normalden geniş görünümündedir.
- Sağ ana iliak arter proksimalden itibaren uzun segment oklüdedir.
- **ÜST ABDOMEN BT:** Karaciğerde büyüğü sol lobda segment 2'de **15 mm çaplı hipodens lezyonlar** izlenmiştir. Ayrıca segment 4A ve 8 düzeyinde kapsüle yakın **düzensiz sınırlı hipodens görünüm**ler dikkati çekmektedir.
- **DİFÜZYON MRG:** Sağ frontoparietal düzeyde sulkal yerleşimli kanama ile uyumlu sinyal değişiklikleri izlenmiştir. Sağ frontal lobda subkortikal kesimde olasılıkla eski kanama odağına ait görünüm izlenmiştir. Sağ talamus düzeyinde ve temporokspital düzeyde PCA sulama alanına uyan alanlarda akut enfarkt ile uyumlu difüzyon kısıtlılıkları izlenmiştir.

- Hasta Candidemi +Ateş etyo? EE?? ile hospitalize edildi.
- Septik emboli+
- İliak arter oklüde+
- 1 aya yakın ambisome+caspofungin almıştı.
- 3 set kan kültürü alındı.
- Diğer kültürler alındı.

WBC:4680

Kre:1.92

GFR:25

Hb:10.1

CRP:163

AST:37

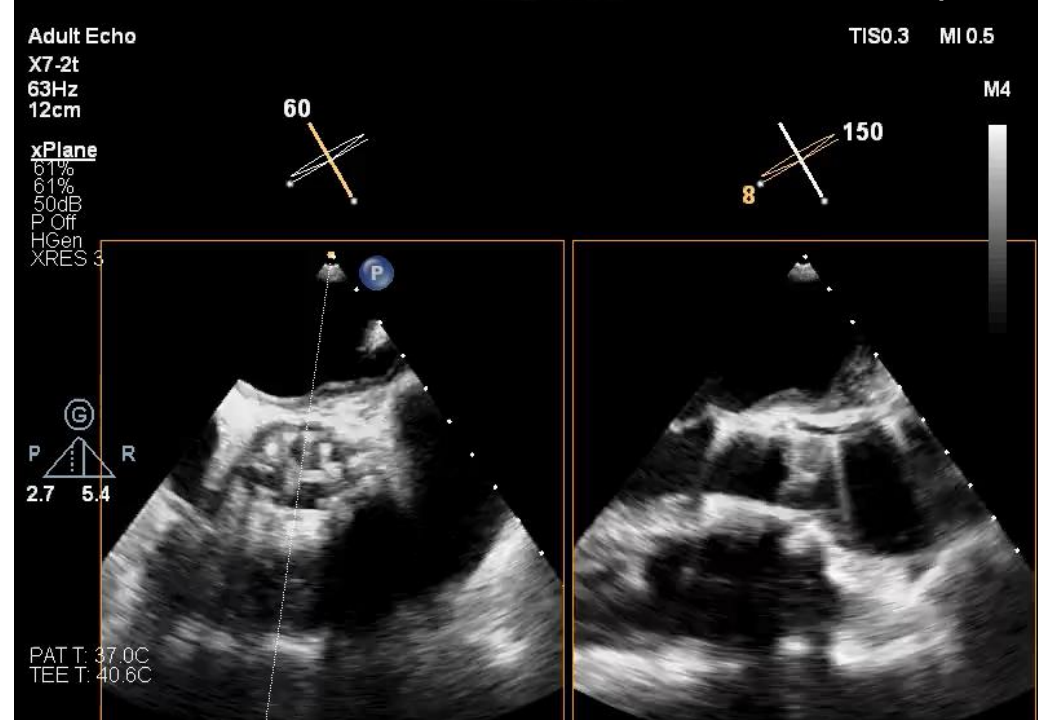
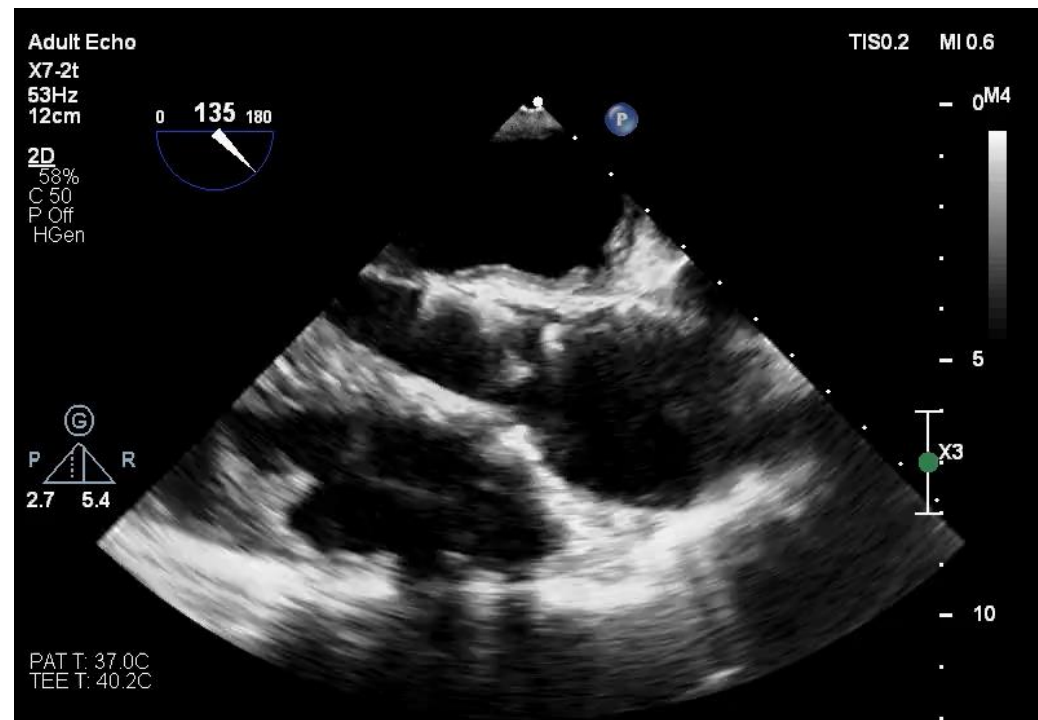
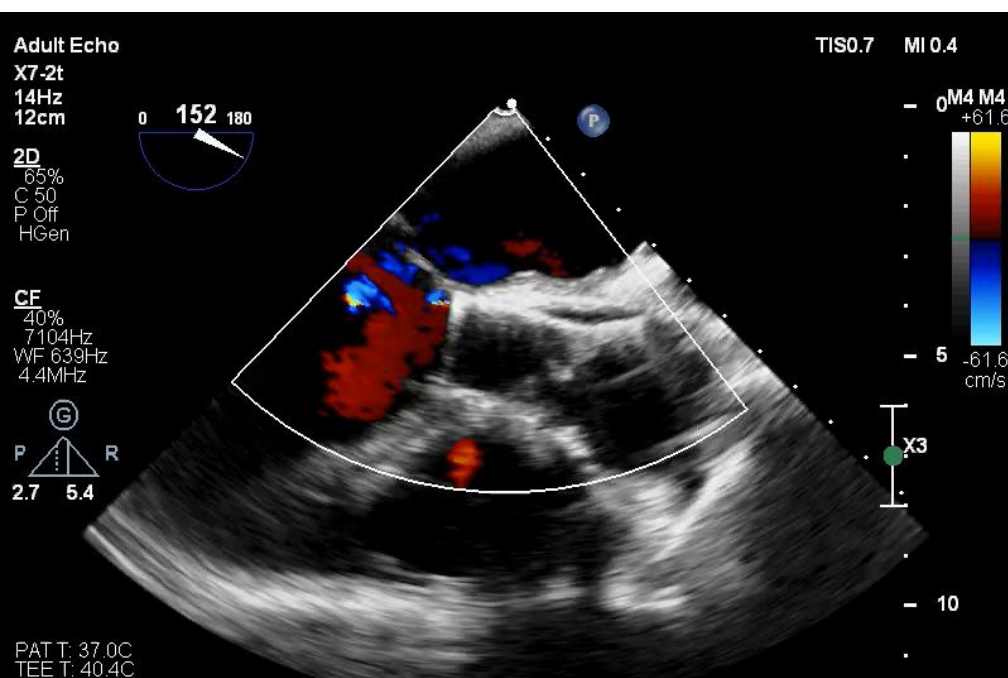
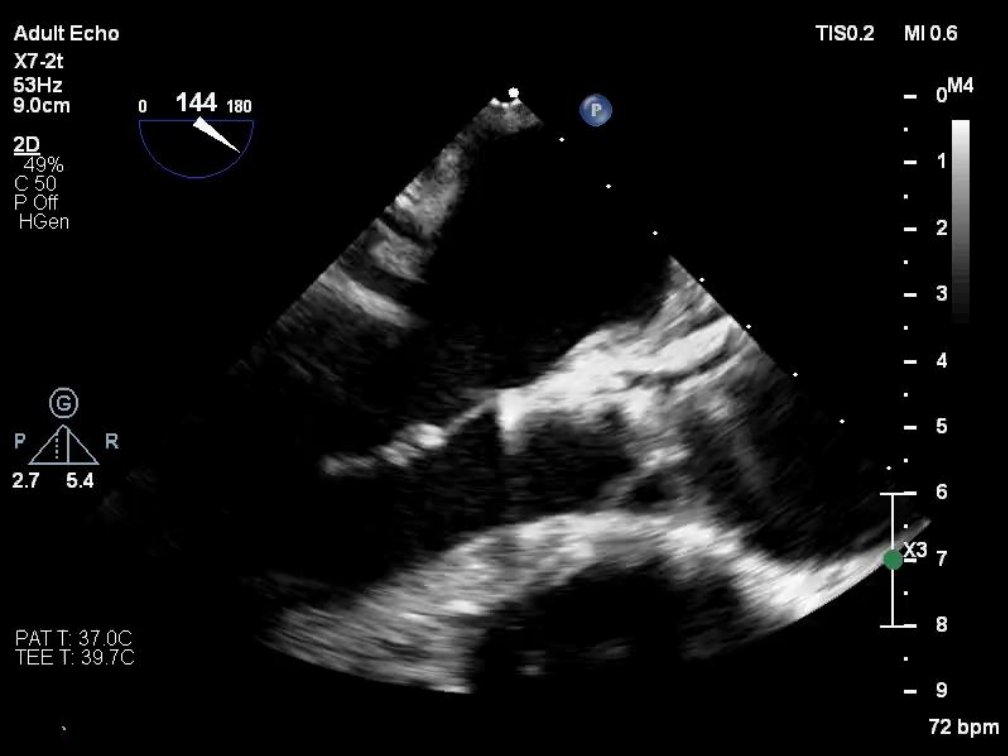
ALT:23

Na:129

ANA:(-)

RF:47(+)

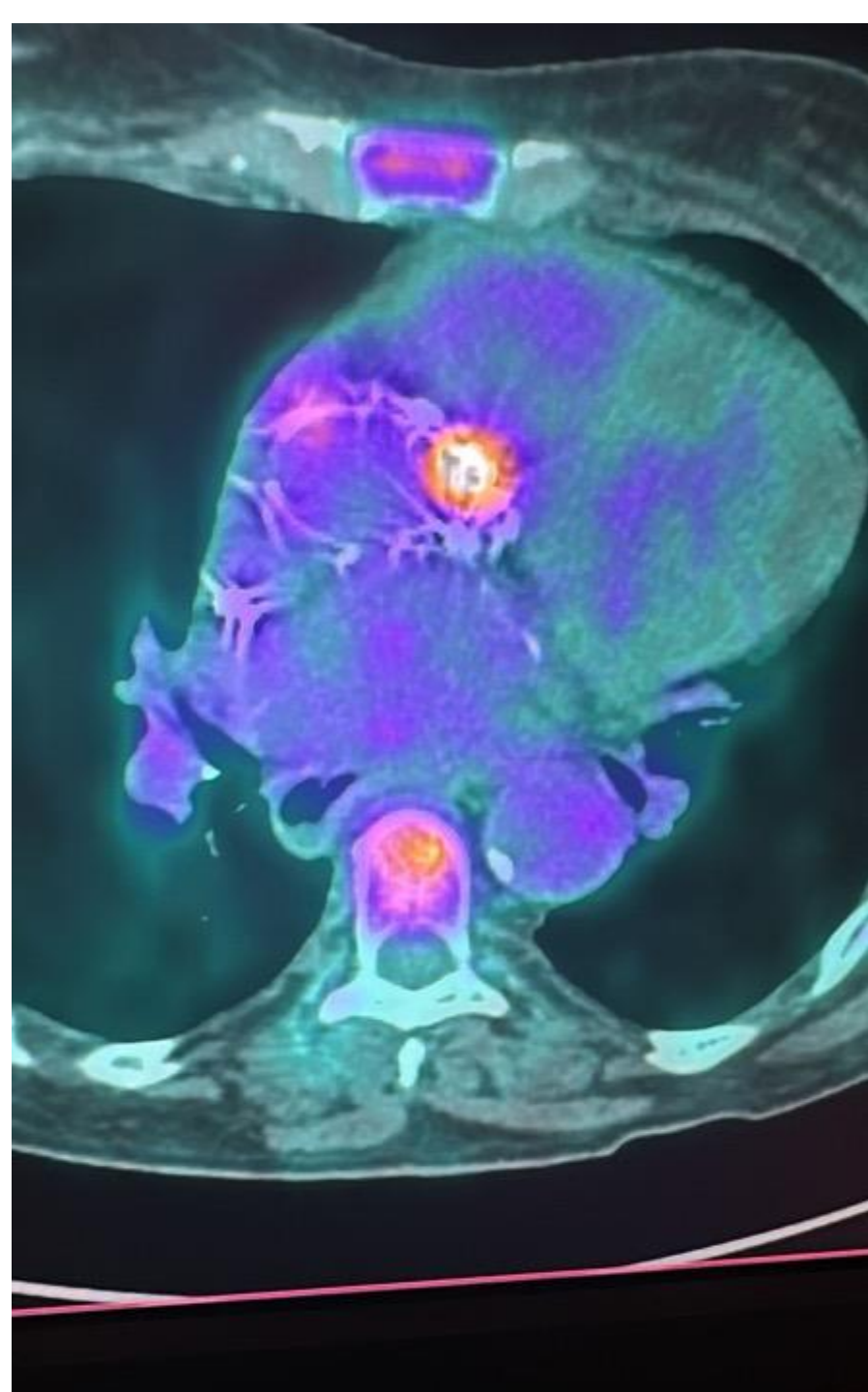
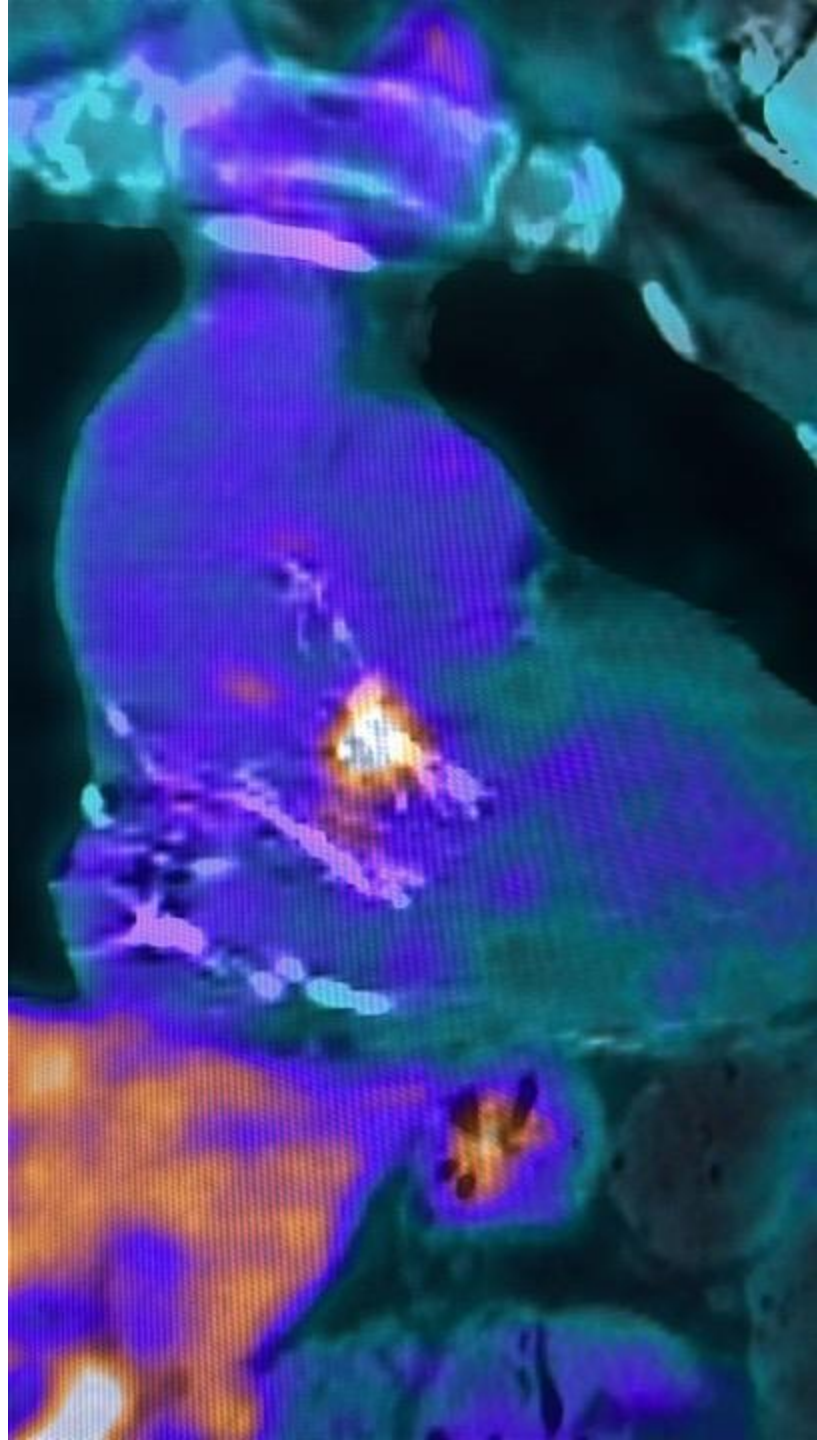
Bruc agg(-)

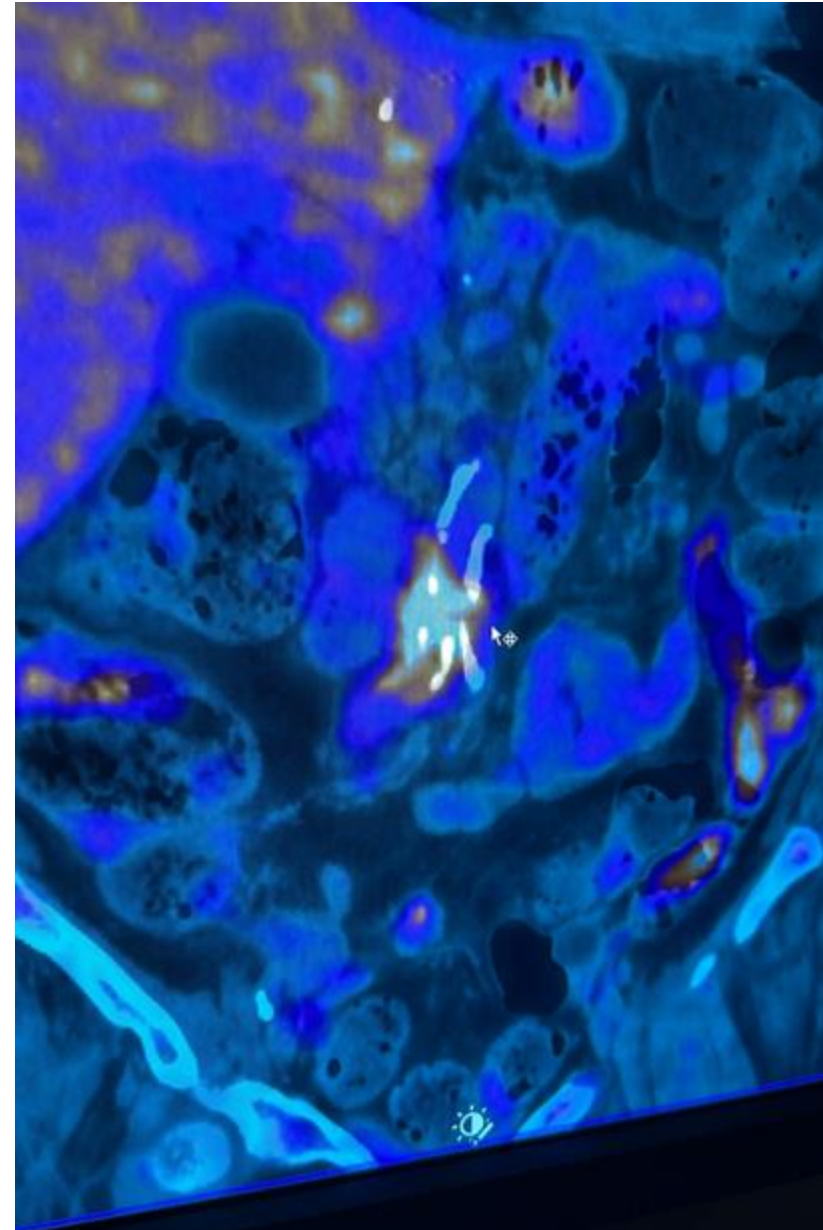
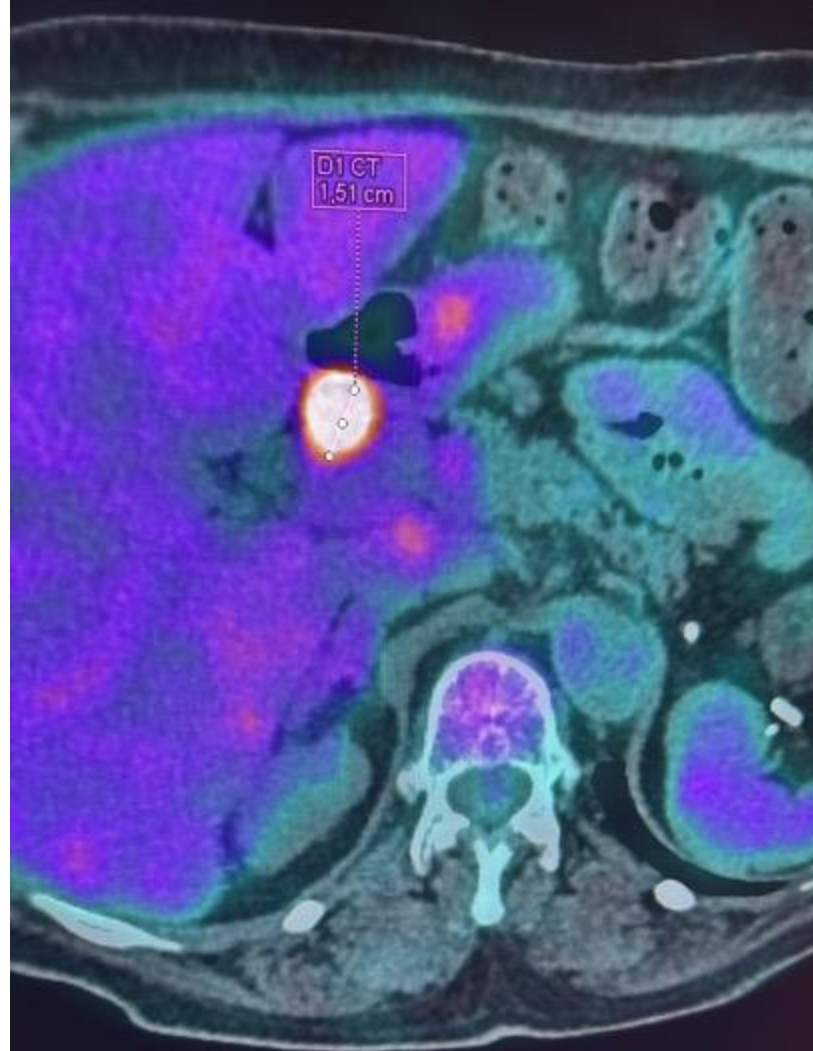
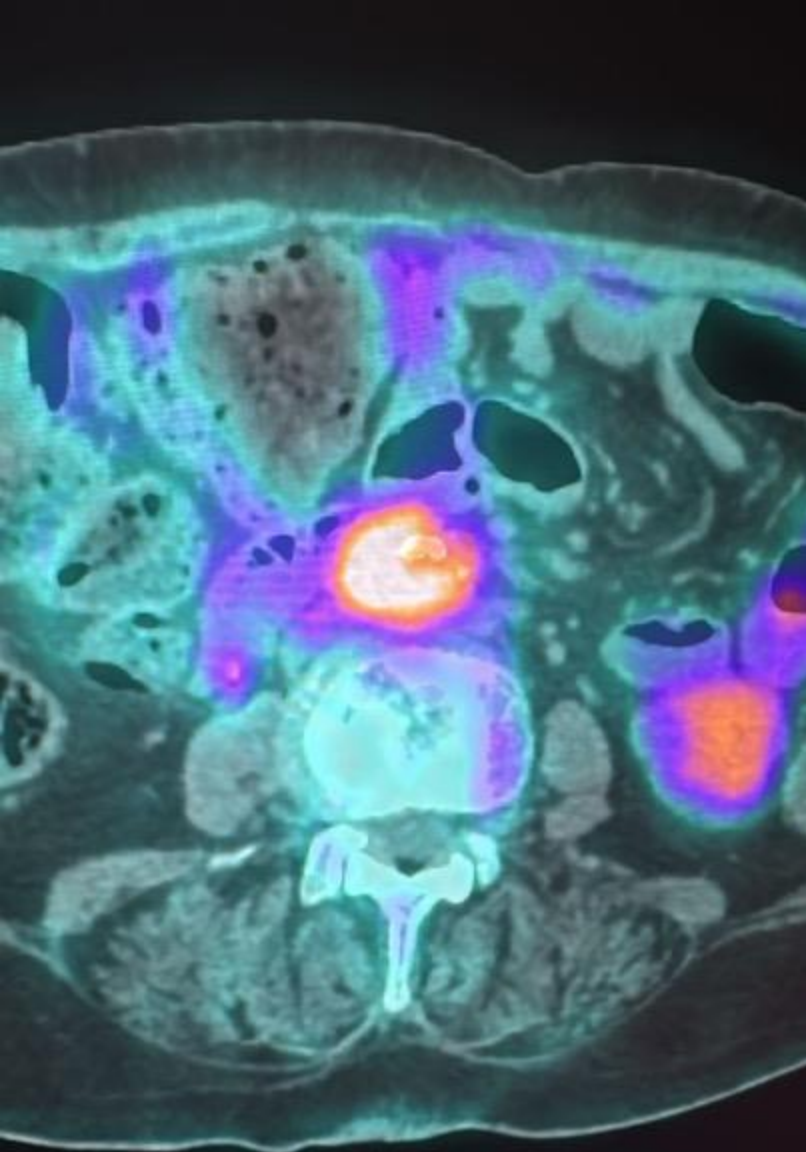


TEE

TAVİ kapakta tüm leafletlerde hipoekojen, düzensiz kalınlaşma ve ncc tarafından paravalvüler kaçak izlendi.

- Aort kapak üzerinden 26/13 mmHg gradiyent alındı. TAVİ kapak üzerinde NCC ve RCC leafletler üzerinde uzun aksta 4 mm'yi bulan hipoekojen kalınlaşma izlendi. Klinik ve laboratuvar ile birleştirildiğinde ön planda vejetasyonla uyumlu olduğu düşünüldü. Aort kapakta hafif derecede paravalvüler ve hafif derecede transvalvüler yetersizlik akımı saptandı.
- SONUÇ:
- 1- TRANSKATATER YERLEŞTİRİLMİŞ BİYOPROTEZ AORT KAPAK ÜZERİNDE KİTLE
- 2- HAFİF PARAVALVÜLER VE TRANSVALVÜLER AORT YETERSİZLİĞİ
- 3- ORTA DERECEDE MİTRAL YETERSİZLİĞİ
- 4- HAFİF DERECEDE TRİKÜSPİT YETERSİZLİĞİ
- 5- BİYATRIYAL DİLATASYON





18 F-FDG PET CT

- Asendan aorta geniş yerinde 4 cm ölçülmüştür. Asendan aortada TAVİ'ye sekonder değişiklikler mevcuttur. **Aort kapağı düzeyinde patolojik artmış 18F-FDG tutulumu izlenmektedir (SUVmaks: 5,8).**
- Yakın geçmişte yapılan BT anjiyografide sağ ana iliak arterin proksimalden itibaren uzun segment oklüde olduğu öğrenilmiştir. **Abdominal aorta distali ve sağ ana iliak arter proksimalinde artmış 18F-FDG tutulumu izlenmektedir (SUVmaks: 8,4). Sağ ana iliak arterdeki artmış FDGF tutulumu sağ internal iliak arterde devamlılık göstermektedir(enflamasyona ait).**
- **Karaciğer** sağ ve sol lobda büyüğü segment 2'de 5 mm çaplı hipodens lezyonlar izlenmektedir (kist?). Karaciğer hilusu düzeyinde vena kava komşuluğunda ve portal alanda büyüğü 15 mm çapta ölçülen lenf nodlarında artmış 18F-FDG tutulumu izlenmektedir (**SUVmaks: 16,3**).

Medikal tedavi

- Yüksek doz anidulofungin tedavisi ile devam edildi.(1x200mg)

Operasyon (yatışın 9. gününde)

- AMELİYAT: AVR(21 NO MERİL BİYOLOJİK KAPAK) + CRT BATARYA VE LEAD ÇIKARILMASI + EPIKARDİYAL LEAD YERLESTİRİLMESİ VE BATARYA DEĞİŞİMİ
-
- Kan kültürleri negatif
 - Doku kültüründe üreme yok.

- 15.04.2025 TEE: Normofonksiyone aortik biyolojik kapak
- Tedavi 6 haftaya tamamlandı.
- Flukanazol supresyon tedavisi(2x200 mg) ile taburcu edildi.

2. Yatış (Taburculuk sonrası 1. ay)

- Halsizlik, iştahsızlık, bilinç problemleri, karın, bel ve flank ağrı ile tekrar yatış

WBC:7220

Kre:0.96

Hb:11.6

CRP:109

AST:25

ALT:16

Na:124

NT-proBNP:7424

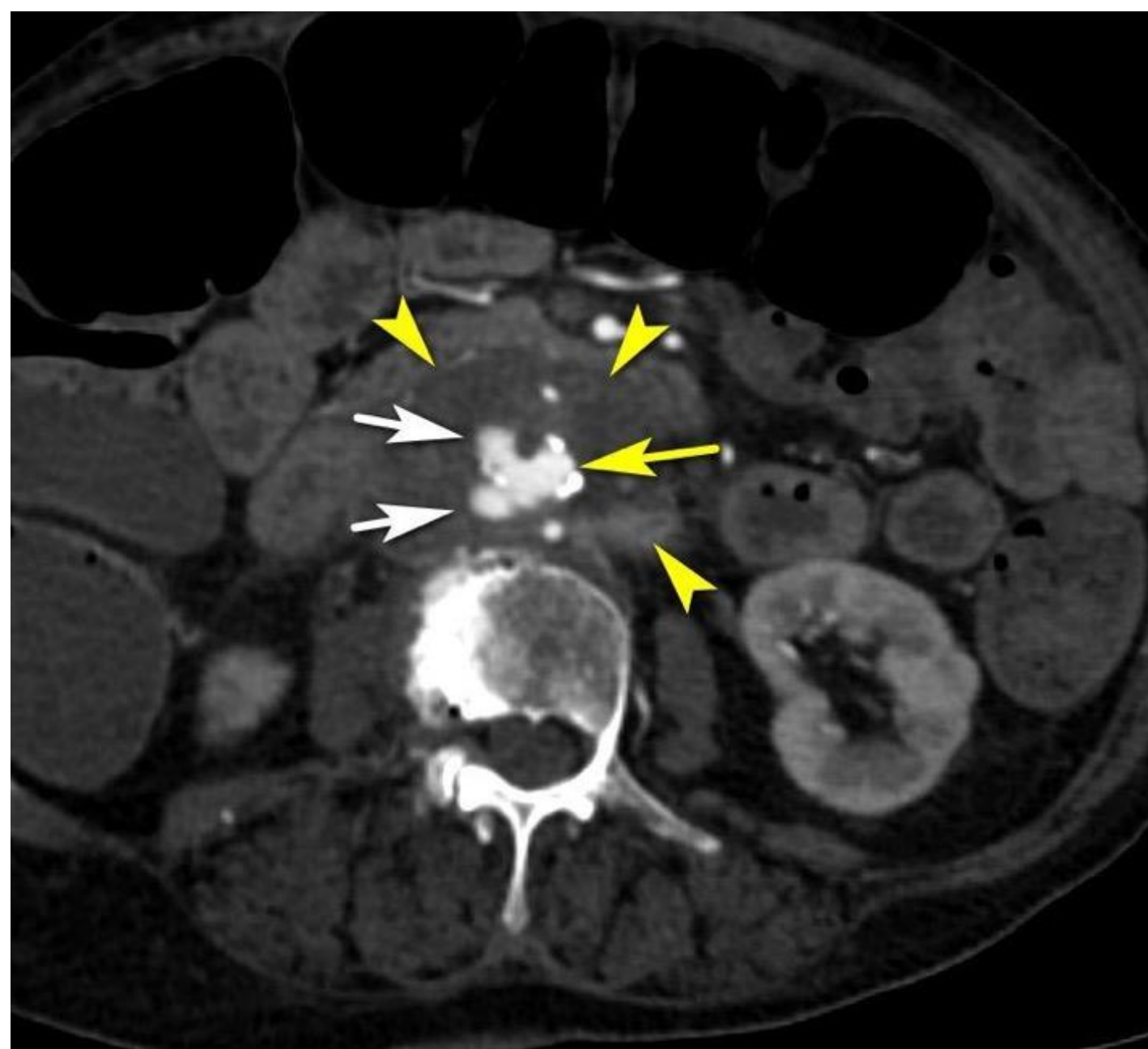
TEE: Normal

Abdomen USG: Abdominal aortanın izlenebilen 6 cm uzunluğundaki segmentinde **35 mm çapında fuziform anevrizmatik genişleme** izlenmiştir. **Lümeni çevreleyen 18 mm kalınlıkta hipoekoik mural trombüs** izlenmiştir, aktif lümen boyutları **22x16 mm**dir.

3 set kan kültürü ve diğer kültürler alındı

2. Yatış

- **Abdominal BT Anjiyografi incelemesinde**
- **Abdominal aortada anevrizma** ile uyumlu genişleme izlendi . Bu düzeyde en geniş yerinde **36 mm ölçülen mural trombüs** izlendi.
- **Sağ ana iliak arter total oklüdedir. Mural trombüs düzeyinde trombüs içi kontrastlanma alanları** izlendi. Enfeksiyöz inflamatur patolojiler **mikotik anevrizma** açısından görünüm anlamlı olup klinik korelasyon önerilir.



Sonuç

11.06.2025 OPERASYON: Aortobifemoral greft

Doku ve kan kültürlerinde üreme yok.

19.06.2025 TABURCU

ESC-DUKE/ISCVID-OLGU DEĞERLENDİRME

	ESC 2023	DUKE/ISCVID 2023	
Candida albicans 3KK+	√	√	MAJOR
PET/CT	√	√	MAJOR
TEE	√	√	MAJOR
Vasküler fenomen(mikotik anevrizma)	√	√	MINÖR
Predispozan durum(TAVI)	√	√	MINÖR

2 majör ve 1<minör
KESİN İE

SORULAR??

- 1- TAVI -IE hastası tanıda TEE ,PET CT?,CT anjio yapıldı. Kardiyak MRI yapılması ek bilgi verir miydi? Aldığı uzun süreli antifungal bu tetkikleri etkiledi mi?
- 2- Cerrahi ne zaman ve nasıl? Mikotik anevrizma cerrahi ne zaman yapılmalıydı? Geç mi kaldık?
- 3-Anidulafungin uygun seçenek miydi? Supresyon tedavisi??Ömür boyu mu?? 6 ay mı??
- 4-Ayaktan nasıl takip edelim?
- 5-Mikotik anevrizma için tarama rutin yapılmalı mı?
- 6-PCR? Yeni nesil tanı yöntemleri?
- 7-Patolojik tanının olmaması tanıdan uzaklaştırır mı?

- TEŞEKKÜR EDERİM...