
Infeksiøs endokarditt

REDAKSJONELT

HAUG JB

I dette nummer av Tidsskriftet presenteres to retrospektive studier av pasienter med infeksiøs endokarditt fra sjuårsperioden 1988-94. Trygve Husebye og medarbeidere (1) beskriver etiologi, ekkokardiografiske funn, behandling og klinisk forløp hos 68 pasienter innlagt ved Ullevål sykehus mens Jon Aksnes og medarbeidere (2) analyserer og kommenterer den kirurgiske behandlingen av 69 pasienter fra Rikshospitalet og Ullevål sykehus.

Endokarditt fascinerte tidligere tiders klinikere som en av flere diagnostiske "kameleoner", og man la vekt på årvåkenhet for såkalte klassiske symptomer. Sir William Osler fikk sitt navn knyttet til et av de immunologiske fenomenene som følger en subakutt infeksiøs endokarditt, Oslers knuter, etter sine berømte "Gulstonian Lectures" om malign endokarditt fra 1885. Det har ikke vært mange norske arbeidere om endokarditt, men man bør merke seg at professor Emanuel Winge ved Rikshospitalet allerede 16 år før Osler beskrev et tilfelle av "Ulcerativ Endokardit med Sopdannelse" (3). Publikasjoner på norsk resulterer imidlertid sjelden i noen plass i medisinsens historie.

Degenerativ klaffesykdom, mitralklaffeprolaps, implanterte klaffepoteser og intravenøst stoffmisbruk har erstattet reumatisk hjertesykdom som de hyppigste disponerende tilstander for infeksiøs endokarditt. Immunologiske og vaskulæresymptomer som kjennetegner en subakutt infeksiøs endokarditt forårsaket av alfa-hemolytiske streptokokker sees derfor mindre hyppig enn før. To hovedpoeng i de norske arbeidene (1, 2) er at *Staphylococcus aureus* forekommer oftere enn før og at pasienter med venstresidig infeksiøs endokarditt med *S aureus* har dårligst prognose. Tilsvarende er funnet i flere utenlandske endokardittmaterialer fra de siste 10-15 år. Hva vil utviklingen bestå i fremover? I Norge kan man frykte utvikling av multiresistente stafylokokker og enterokokker, slik at en høy letalitet (over 30%) (1) som også ble funnet i et tidligere norsk materiale (4), vil vedvare til tross for alle diagnostiske og operasjonstekniske fremskritt. Den første vankomycinresistente *Enterococcus faecium* i Sverige ble påvist nettopp i en klaffeprotease (5). Et

annet utviklingstrekk vil trolig være flere nosokomiale infeksjoner som en følge av økt andel immunosupprimertepasienter og mer bruk av intravasale prosedyrer og implantat.

Omfanget av antibiotikabehandling spenner vidt ved infeksjøs endokarditt. Toukers monoterapi med penicillin V eller oksacillin har vist seg tilstrekkelig ved *S aureus*-infeksjon med ukomplisert høyresidig hjerteaffeksjon. Et seksukerstrippelregime (vanligvis vankomycin eller kloksacillin med tillegg av gentamicin og rifampicin) er oftest nødvendig ved proteseendokarditt (6). Dyreeksperimentelle studier gir håp om nye effektive antibiotikakombinasjoner mot multiresistente bakterier (7) og en økt kunnskap om immunopatogenesen som kan komme til klinisk anvendelse (8).

En optimal behandling av infeksjøs endokarditt spesielt ved *S aureus*-endokarditt og/eller infiserte klaffeprotoser består i at eventuell kirurgisk behandling utføres før komplikasjoner opptrer, men også så sent at en best mulig sanering av infeksjonen har funnet sted. Muligheten for å oppfylle begge forutsetningene er styrket de siste ti årgjennom en betydelig bedret diagnostikk, bl.a. transøsofageal ekkokardiografi. Aksnes og medarbeidere (2) peker på at ved ukontrollert infeksjon og progredierende hjerte- og nyresvikt er det svært dårlig prognose etter kirurgi. Deres pasientmateriale tyder på at pasienter med *S aureus*-endokarditt bør vurderes liberalt for tidlig kirurgi. Olaison og medarbeidere viser i et større svensk materiale en overbevisende bedring i femårsoverlevelse for alle typer infeksjøs endokarditt ved tidlig kirurgi i forhold til konservativ behandling alene (9).

Behandling av risikopasienter med infeksjøs endokarditt krever et lagarbeid som involverer mange ulike spesialister. I USA har Durack og medarbeidere, gruppen bak de nyeste kliniske kriterier for infeksjøs endokarditt (10), dannet en egen endokardittklinikk der man har oppnådd gode resultater. Det er trolig ikke pasientgrunnlag for noe liknende i vårt land. Likevel er denne stadig fascinerende og fortsatt svært alvorlige sykdommen ett av flere argumenter for å skille ut egne hjerteavdelinger ved våre store sykehus.

Jon Birger Haug

LITTERATUR

1. Husebye T, Smith G, Lippe E von der, Jacobsen D, Fjeld NB. Infeksjøs endokarditt ved Ullevål sykehus 1988-94. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 222-5.
2. Aksnes J, Husebye T, Fjeld NB, Geiran OR. Operativ behandling av infeksjøs endokarditt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 216-9.
3. Winge EFH. Ulcerativ endocardit med sopdannelse. (Det første i Literaturen beskrevne Tilfælde af denne Sygdom.) *Norsk Mag Lægevidensk* 1869; 24: 78-82.
4. Lien EA, Solberg CO, Kalager T. Infective endocarditis 1973-1984 at the Bergen University Hospital: clinical feature, treatment and prognosis. *Scand J Infect Dis* 1988; 20: 239-46.
5. Melhus A, Tjernberg I. First documented isolation of vancomycin-resistant *Enterococcus faecium* in Sweden. *Scand J Infect Dis* 1996; 28: 191-3.
6. Bille J. Medical treatment of staphylococcal infective endocarditis. *Eur Heart J* 1995; 16 (suppl B): 80-3.
7. Gutschik E. The *Enterococcus* endocarditis model in experimental animals and its relevance to human infection. *J Antimicrob Chemother* 1993; 31 (suppl D): 87-95.

8. Hienz SA, Schennings T, Heimdahl A, Flock JI. Collagen binding of Staphylococcus aureus a virulence factor in experimental endocarditis. *J Infect Dis* 1996; 174: 83-8.
 9. Olaison L, Hogevik H, Myken P, Oden A, Alestig K. Early surgery in infective endocarditis. *Q J M* 1996; 89: 267-78.
 10. 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; 96: 200-9.
-

Publisert: 20. januar 1998. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.