

Kasuistik

Første tilfælde af *Candida glabrata*-endokarditis i Grønland

Christian Hunnicke Petersen

Medicinsk Område, Dronning Ingrid's Hospital

Ugeskr Læger 2025;187:V10240750. doi: 10.61409/V10240750

Gærsvampe er en del af den normale mikroflora i munden og mave-tarm-kanalen men kan blive invasive ved svækket immunfunktion eller barrierelækage. De vigtigste risikofaktorer for *Candida*-infektion i blodet, candidæmi, er høj alder, immunsuppression, indlæggelse på intensivafsnit, centrale venekatetre, abdominalkirurgi, særligt i tilfælde af tarmlækage samt behandling med bredspektret antibiotika [1]. Når gærsvampen er i blodet, øger bestående klapsygdom, klapprotoser eller pacemaker risikoen for endokarditis. *Candida glabrata* også kendt som *Nakoseomyces glabrata*, er den næsthypigste årsag til candidæmi i Danmark kun overgået af *C. albicans*. I Danmark påvises årligt ca. 500 tilfælde af candidæmi, og andelen heraf forårsaget af *C. glabrata* er stigende [2]. Grønlandske tal herfor kendes ikke.

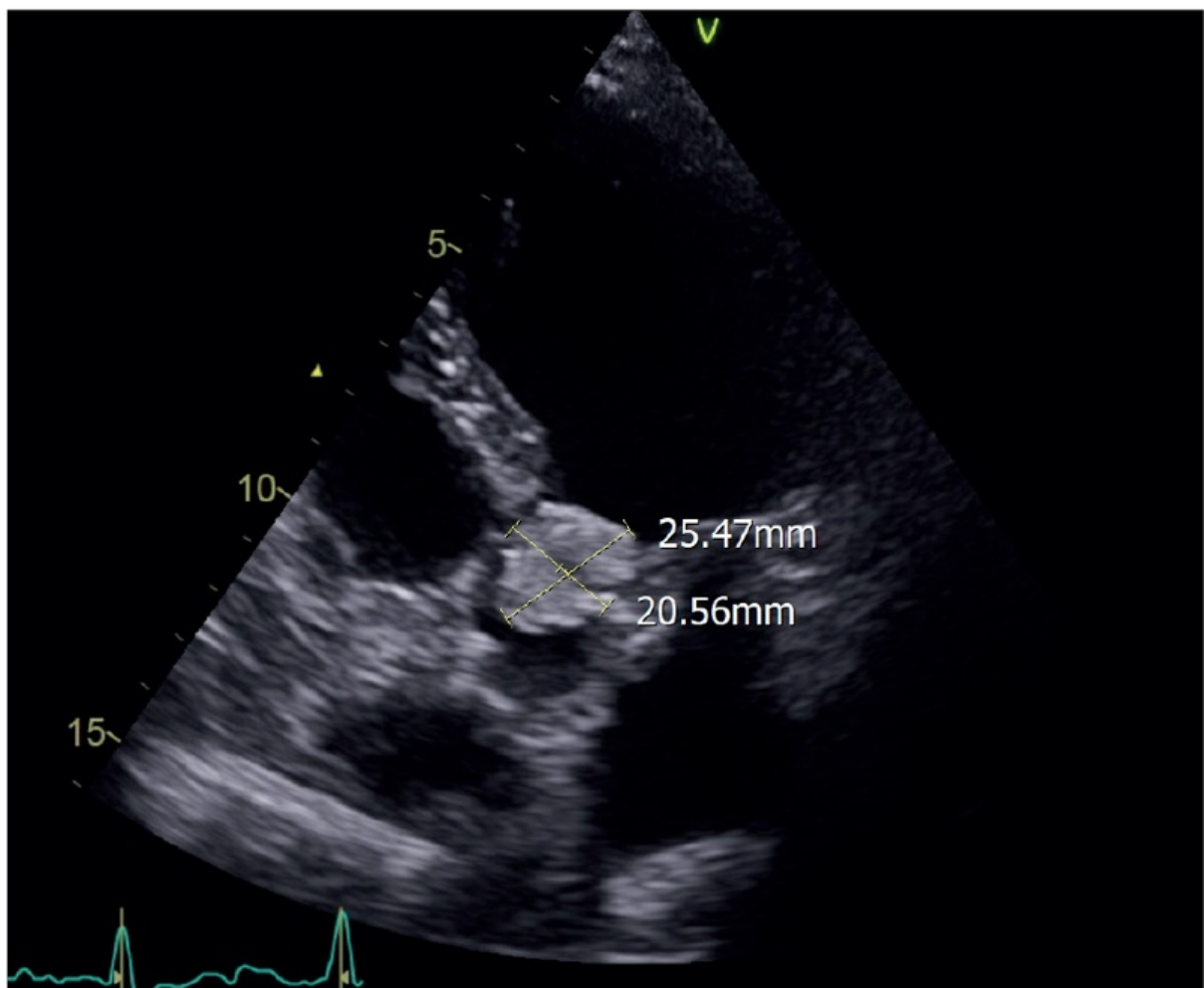
Sygehistorie

En 70-årig kvinde kendt med let aortaklapstenose, reumatoid arthritis behandlet med lavdosis methotrexat 10 mg ugentligt samt tidligere operation for rumperet ekstrauterin graviditet blev overflyttet fra regionssygehus til Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk grundet tyndtarmsileus. Intraoperativt konstateredes adhærenceileus, og der blev foretaget adhærenceløsning. I forbindelse hermed tilkom komplikation i form af 2 mm tyndtarmsperforation med lokal kontaminering. Postoperativt blev der fortsat med antibiotisk behandling med piperacillin/tazobactam og metronidazol i.v. I løbet af første postoperative døgn blev patienten kredsløbsstabil og blev derfor overflyttet til intensivafsnit og behandlet med noradrenalin. Under indlæggelsen på intensivafsnit udkom positiv bloddyrkning med *C. albicans* og *C. glabrata*. På baggrund af dette fund kontaktede den stuegangsgående kirurg en mikrobiolog, som var i tvivl om den behandlingsmæssige konsekvens. Da patienten var i klinisk bedring og havde faldende CRP, blev der ikke startet behandling for candidæmien. Patienten blev udskrevet til hjemmet efter 14 dage.

To måneder senere blev patienten genindlagt grundet cikatricedefekt. Patienten var siden ileusoperationen blevet rollatorbruger og havde kronisk diarré. Ved eksplorativ laparotomi blev der vurderet pæne forhold intraabdominalt. Der blev foretaget bloddyrkning $\times 2$, som tilsvarende to måneder tidligere påviste *C. glabrata* i to ud af to kolber, og der var intet resistenssvar. Klinisk observeredes et blodtryk på 91/58 mmHg, sinustakykardi, takypnø med behov for 4 l nasalt ilttilskud og tiltagende konfusion. Patienten var ydermere sengeliggende. En CT af thorax blev beskrevet med bilateral bronkopneumoni og bilateral pleuraeffusion. Ved en transtorakal ekkokardiografi (TTE) blev der fundet en 20×25 mm stor, mobil vegetation på aortaklappen (Figur 1), moderat obstruktion, gradient over aortaklappen på 54 mmHg, let aortainsufficiens uden større klapdestruktion og venstre ventrikel ejection fraction på 60%. Patienten diagnosticeredes således med *C. glabrata*-endokarditis. Der blev afstået fra transøsofagal ekkokardiografi, da diagnosen var sikker ud fra TTE. I

samråd med Rigshospitalet blev det vurderet, at kirurgisk behandling ikke var udelukket, men at der forventedes et langvarigt, kompliceret forløb med høj mortalitetsrisiko. På baggrund af den medtagne kliniske tilstand og samtidig pneumoni blev det besluttet i første omgang at tillægge antifungal behandling med i.v. echinocandin og forsøge at optimere tilstanden inden senere revurdering af, om patienten skulle flyves til Rigshospitalet til kirurgisk behandling. I løbet af de kommende to døgn blev patienten ukontaktbar og døde kort inden, den antifungale behandling ankom til Grønland.

FIGUR 1 Transtorakal ekkokardiografi viste 20 × 25 mm vegetation på aortaklappen.



Diskussion

I sygehistorien er endokarditisdiagnosen, forudgået af ubehandlet candidæmi to måneder tidligere, tilkommet i forbindelse med kirurgisk behandlet tyndtarmsileus med postoperativt ophold på intensivafsnit. Candidæmi har en mortalitet på op mod 40% og bør behandles bl.a. for at undgå spredning til sekundære foci, som f.eks. endokarditis [3]. *C. glabrata* endokarditis er meget sjældent forekommende. Den præcise incidens er derfor behæftet med nogen usikkerhed, men er i et stort internationalt studie opgjort til 0,2% af alle endokarditistilfælde [4]. *C. glabrata* er naturligt azolresistent, og fluconazol er derfor uegnet som behandling. I

stedet behandles med amphotericin B eller echinocandin. Angående endokarditis forårsaget af svamp foreligger der grundet sygdommens sjældenhed ikke prospektive randomiserede trials. Et systematisk review angiver overall mortality rate på 40% og bedre overlevelse ved kombineret kirurgisk og antifungal behandling sammenholdt med antifungal behandling alene [5].

Korrespondance Christian Hunnicke Petersen. E-mail: christian1990hp@gmail.com

Antaget 10. marts 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 9. juni 2025

Interessekonflikter ingen. Forfatter har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Denne er tilgængelig sammen med artiklen på ugeskriftet.dk.

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V10240750

doi 10.61409/V10240750

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

First case of *Candida glabrata* endocarditis in Greenland

Candida glabrata, also known as *nakoseomyces glabrata*, is a rare cause of endocarditis. This is the first known case of *C. glabrata* endocarditis in Greenland. In this case, the patient was a 70-year-old woman with a history of mild aortic valve stenosis, in which candidemia was found in blood cultures drawn during a 14-day postoperative ICU stay after small bowel obstruction. Two months later, the patient had persistent candidemia and a 25 mm fungal vegetation on the native aortic valve. The patient died shortly after the diagnosis was made.

REFERENCER

1. Kullberg BJ, Arendrup MC. Invasive Candidiasis. N Engl J Med. 2015;373(15):1445-56. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1315399>
2. Arendrup MC, Bruun B, Christensen JJ et al. National surveillance of fungemia in Denmark (2004 to 2009). J Clin Microbiol. 2011;49(1):325-34. <https://doi.org/10.1128/JCM.01811-10>
3. Salmanton-García J, Cornely OA, Stemler J et al. Attributable mortality of candidemia – results from the ECMM Candida III multinational European Observational Cohort Study. J Infect. 2024;89(3):106229. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2024.106229>
4. Baddley JW, Benjamin DK Jr, Patel JM et al. Candida infective endocarditis. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2008;27(7):519-29. <https://doi.org/10.1007/s10096-008-0466-x>
5. Meena DS, Kumar D, Agarwal M et al. Clinical features, diagnosis and treatment outcome of fungal endocarditis: a systematic review of reported cases. Mycoses. 2022;65(3):294-302. <https://doi.org/10.1111/myc.13398>