

Aort Kapak Replasmanlı Bir Hastada Brusella Endokarditi: Bir Olgu Sunumu

Dr. Çiğdem USLU AFŞAR (1), Dr. Cüneyt MÜDERRİSOĞLU (2), Dr. R. Bilge ÖZGÜL ÖZDEMİR (1), Dr. Gökçen GÖKCAN (3), Dr. Hayri POLAT (4)

ÖZET

İnfektif endokardit(İE), çoğunlukla bakterilerle gelişen, sağlam kalp kapaklarının, konjenital kardiyovasküler lezyonların, prostetik kapak veya diğer prostetik materyalin tutulumu ile seyreden bir enfeksiyon hastalığıdır. Brusella endokarditi, brusellozisin ender görülen, ancak ölümcül bir komplikasyonudur. Bu enfeksiyon genellikle enfekte süt ürünlerinin taze olarak kullanılmasıyla gelişir.

*Olgumuz 49 yaşında aort kapak replasmanlı ve bir yıl önce bruselloz teşhisi almış olan bir bayan hastadır. Hasta polikliniğimize üşüme, titreme, ateş ve halsizlikle başvurmuştur. Hastamızın kan kültürlerinde brusella sp. üremiş ve ekokardiyografisinde de hareketi kısıtlı yapay aort kapak(tromboze) saptanmıştır. Wright aglütinasyon testi pozitif olan hastada abdominal USG ve BT ile saptanmış dalak infarktüsü de mevcuttu. Hastanın tanısı kesinleştikten sonra antibiyoterapi etkene spesifik olarak verilmiş ve hasta kalp kapak replasmanı açısından değerlendirilmek üzere kalp damar cerrahisine yönlendirilmiştir. **Anahtar kelimeler:** infektif endokardit, brusella, aort kapak replasmanı.*

SUMMARY

Brucella endocarditis in a patient with aortic valve replacement: Case Report

Infective endocarditis is an infectious disease usually caused by bacteria, which occurs in native cardiac valves, congenital cardiovascular lesions, prosthetic valves and other prosthetic materials. Brucella endocarditis is a potentially fatal complication of brucellosis but it is rare. This infection is generally caused by infected milk and milk products.

Our case is a 49 year old woman with aortic valve replacement who has taken the diagnosis of brucellosis 1 year ago. The patient admitted to our clinic with complaints of fever, shivering and fatigue. In blood cultures of the patient, brucella sp. is mounted up and echocardiography revealed restricted movement of the prosthetic aortic valve (related with thrombosis). Wright agglutination test was positive and splenic infarction was examined in abdominal USG and CT. After the confirmation of the diagnosis, antibiotherapy was given agent specifically and the patient was directed to cardiovascular surgery to be evaluated for the cardiac valve replacement.

Key words: infective endocarditis, brucella, aortic valve replacement.

GİRİŞ

İnfektif endokardit (İE) geniş intratorasik damarların endarteritini (patent ductus arteriosus, arteriovenöz şantlar, aort koarktasyonu) veya kan akımına doğrudan maruz kalan kalp içi yabancı cisimleri (protez kapaklar, kalp pili veya implante edilebilen kardioverter defibrilatör elektrodları, cerrahi olarak yerleştirilmiş maddeler) de içeren kardiyovasküler yapıların (hastanın kendi

kapakları, ventriküler veya atriyal endokard) endovasküler mikrobik enfeksiyonudur (1). Bakterilerin, bazen mantar ve diğer mikroorganizmaların fibrin vejetasyonlarda çoğalması ile birlikte gelişen bakteremi, ateş, üfürümler, embolizasyon ve çeşitli immünopatolojik reaksiyonlar İE'nin karakteristik özellikleri arasındadır. İE'in erken karakteristik lezyonu vejetasyondur. Bununla birlikte harabiyet, ülserasyon veya abse oluşumu EKO'da ilk görülen değişiklikler olabilir. Bruselloz brusella bakterilerince oluşturulan, primer olarak ot yiyen hayvanların hastalığı olup, bu hayvanlardan insanlara bulaşarak akut başlangıçlı yüksek ateş, splenomegali, gece terlemesi, eklem ağrısı gibi belirti ve bulgularla seyredebileceği gibi; sinsi başlangıçlı, romatizmal ve psikiyatrik hastalıkları taklit edebilen atipik belirti ve bulgularla seyreden kronik hastalığa kadar değişebilen çeşitlilikte klinik tablolara yol açabilen bir

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. İç Hastalıkları Kliniği, Asistanı (1), Şefi (2), Uzmanı (3), Şef Yardımcısı (4)

hastalıktır. İnsanlarda infeksiyona yol açtığı bilinen başlıca brucella türleri, brucella melitensis, brucella abortus, brucella suis ve brucella canistır. Ülkemizde hastalık her yaş ve cins’de görülmektedir. İnsan infeksiyonuna yol açan türler arasında en virülan olanı ve ağır hastalık tablolarından sorumlu olanı, brucella melitensistir. Brusella abortus ise en az virulansa sahiptir. Brusella endokarditi tüm bruselloz vakalarının yaklaşık %2’sinde oluşur ve modern kültür sistemlerinde 5 gün içerisinde belirir. Brusella endokarditi, brusellozin ender görülen, ancak ölümcül bir komplikasyonudur (2). Çocuklukla tanısı gecikmiş, 3 aydan eski olgularda görülür. Bu enfeksiyon genellikle enfekte süt ürünlerinin taze olarak kullanılmasıyla gelişir (2). Genellikle nativ ve protez kapaklar üzerinde tutulum olur. Aort kapağı en sık etkilenir, mitral kapak tutulumu ikinci sıklıkta görülür. Tek başına antibiyotik ile tedavinin başarı şansı zayıf olup, kapak replasmanı gerektirir. Ölüm nedeni, progressif konjestif kalp yetmezliğidir.

OLGU

49 yaşındaki, Bitlis doğumlu ve orada yaşayan bayan hasta, acil dahiliye polikliniğimize son 15 gündür artan göğüs ağrısı, üşüme, titreme, ateş ve iştahsızlık yakınmaları ile başvurdu. Hastamız 17 yıl önce romatizmal kapak hastalığına bağlı olarak aort kapak replasmanı geçirmişti. Hastaya 1 yıl önce de dahiliye servisinde brusellozis tanısı ile yatırılarak tedavi başlanmış ve o dönemde hasta 6 hafta kadar doksisisiklin tedavisi almıştı. Hastanın sigara ve alkol kullanım öyküsü yoktu. Hasta digoksin, triamteril, kumadin ve ayda bir depo penisilin kullanmaktaydı. Hastanın FM’de şuuru açık, koopere ve oryante idi. TA: 80/60 mm Hg. NDS: 110/dk. Ateş: 38,5° C idi. Dili dehidrate görünümde ve solukluk mevcuttu. Solunum sesleri bilateral bronkovesikülerdi. S1(+), S2(+), ritmik, aort kapakta yapay kapak sesi mevcuttu, tüm odaklarda 1/6 sistolik sufl mevcut, S3 yok, frotman duyulmuyordu. Batında derin palpasyonla sol üst kadranda ağrı ve hassasiyet mevcuttu. Dalak nonpalpabl, traube kapalı, karaciğer palpasyonla kosta kavsini yaklaşık 2 cm geçiyordu. Batın perküsyonu normaldi. Periferik LAM yoktu. Kostovertebral açı hassasiyeti yoktu. Pretibiyal ödemi yoktu. Laboratuvar: Sedimentasyon: 110 mm/saat. Lökosit: 3500/mm³ Hb: 10,3 gr/dl Htc: 29,1 Trombosit: 206000/mm³ MCV: 80 INR: 4,9 PT: 45,2 sn (%17) APTT: 45,6 sn Glikoz: 88 mg/dl Üre: 40 mg/dl Kreatinin: 1,5 mg/dl Ürik asit: 7 mg/dl Kolesterol: 158 mg/dl Trigliserid: 119 mg/dl AST: 24 İU/L ALT: 13 İU/L LDH: 363 İU/L CK-MB: 9 İU/L GGT: 13 İU/L Total bilirubin: 0,66 mg/dl Direkt bilirubin:

bin: 0,21 mg/dl Total protein: 7,1 g/dl Albumin: 2,9 gr/dl Sodyum: 139 mEq/L Potasyum: 3,73 mEq/L Kalsiyum: 7,9 mg/dl 24 saatlik idrarda kreatinin klirensi: 51 ml/dk idi. EKG: NSR idi. Abdominal USG: Karaciğer boyutu longitudinal aksta 179 mm olup artmış, konturları normal, dalak boyutları longitudinal aksta 131 mm olup artmıştır. Dalak orta kesimde 55x30 mm’lik bir alanda tepesi hilusa, tabanı dalak dış kenarına oturan üçgen şeklinde heterojen hipoeoik alan (iskemi) izlenmiştir. Böbrek parankim ekojeniteleri grade 1 renal parankimal hastalıkla uyumluydu. Kontrastsız tüm abdomen BT: Dalak boyutları artmış olup konkavitesi kaybolmuş, dalak alt polde subkapsüler alanda üçgen şeklinde silik konturlu hipodens alan görülmüş olup görünüm infarkt lehine değerlendirilmiştir.

Klinik Seyir: Hastadan Gruber- Widal tüp aglütinasyon testi, Wright testi, balgam, idrar, dışkı ve kan kültürleri, kalın damla kan yayması, balgamda tbc basili ve ekokardiyografi istendi. Ateşi 37,5 ile 39° C arasında değişen hastaya ampirik olarak ampicilin-sulbaktam ve gentamisin tedavisi başlandı. Hastanın balgam, idrar ve dışkı kültürlerinde üreme olmadı. Gruber-Widal testi negatif olarak geldi. Wright aglütinasyonu ise pozitif. Alınan 3 adet kan kültüründe gram negatif koklar görüldü ve Brusella sp. üredi. Hastanın transtorasik EKO’sunda kötü fonksiyone protez aort kapak, genişlemiş aort kökü ve hafif mitral yetersizlik saptandı. Bunun üzerine yapılan transösofageal EKO’sunda hareketi kısıtlı yapay aort kapak (tromboze), asendan aorta genişlemesi, hafif mitral ve triküspit yetersizlik saptandı. Hastanın INR değeri artmış ancak herhangi bir kanama odağı olmadığı için taze donmuş plazma ve eritrosit suspansiyonu transfüzyonu yapılmadı. Kumadin dozu azaltıldı. Kontrol PT-APTT-INR düzeyleri istenen değerlere geldi. Ampicilin-sulbaktam ve gentamisin antibiyoterapisinin 12. gününde, kan kültürlerinde Brusella üredi ve antibiyoterapi rifampisin, doksisisiklin ve gentamisin olarak devam edildi. Antibiyoterapi sonrası hastanın 5. günde ateşi geriledi. Tekrar kan kültürlerinde üreme olmadı. Hastamız kalp damar cerrahisi ile konsülte edilerek enfekte vejetasyonun rezeksiyonu ve kalp kapak replasmanı yönünden değerlendirilmesi için ilgili merkeze gönderildi.

TARTIŞMA

Brusellozis bir zoonoz olup Akdeniz, Arap yarımadası, Hindistan yarımadası ve Güney-merkezi Amerika’da daha sık görülür (2). Brusella endokarditi nadir görülmekle birlikte, kalp kapak replasmanı ve pastörize edilmemiş taze süt ürünleri yeme öyküsü ya da

enfekte hayvanla direkt temas öyküsü olan bir hastada akla mutlaka gelmelidir. Endokardit bruselloza bağlı ölümlerin çoğundan sorumludur. Tedavisi halen tartışmalı olup agresif antibiyotik tedavisinin yanında enfekte kapakların çıkarılıp kapak replasmanı önerilmektedir (3-6), sadece antibiyoterapinin de yeterli olabileceğini bildiren yayınlar mevcuttur (6, 7, 8). Kapak replasmanı yapılmadan sadece vejetasyonların da cerrahi olarak çıkarılması başarı sağlayabilmektedir (2,9). *Brucella* endokarditi en az üç antibiyotikle (aminoglikozit, rifampisin, tetrasiklin) tedavi edilmelidir. Hatta çoğu klinisyen tedaviye florokinolon ve/veya seftriakson da eklenmesinin kalp kapak replasmanına olan ihtiyacı azaltmak için gerekli olduğu görüşündedir. Tedavi en az 6 ay devam etmelidir. Prostetik kalp kapak endokardit vakalarının çoğunluğunda cerrahi halen gerekli olmaktadır (10).

KAYNAKLAR

- 1- **European Society of Cardiology (ESC) kılavuzunun Türk Kardiyoloji Derneği tarafından çeviri versiyonu:** İnfektif endokardit tanı, korunma ve tedavisi, 2005; 8.
- 2- **Şırlak M, Kızıltepe U, Eğileten ZB et al.** VSD yamasından kaynaklı brusella endokarditi ve cerrahi tedavisi. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 2002 temmuz; 10(3): 173-4.
- 3- **Young EJ. *Brucella* species.** In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. *Principles and Practice of Infectious Diseases*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000:2386-93.
- 4- **Al-Kasab S, Al-Fagih MR, Al-Yousef, et al.** *Brucella* infective endocarditis. Successful combined medical and surgical therapy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1988;95:862-7.
- 5- **Quiroga J, Miralles A, Farinola T, et al.** Surgical treatment of *Brucella* endocarditis. *Cardiovasc Surg* 1996;4:227-30.
- 6- **Keleş C, Bozbuğa N, Şişmanoğlu M, et al.** Surgical treatment of *brucella* endocarditis. *Ann Thorac Surg* 2001;71:1160-3.
- 7- **Aygen B, Doğanay M, Sümerkan B et al.** Clinical manifestations, complications and treatment of brucellosis: an evaluation of 480 patients. *Medicine et Maladies Infectieuses* 32: 485-493, 2002.
- 8- **Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA, et al.** Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. *Circulation* 1998 ; 98 : 2936-48.
- 9- **Serap Şimşek Yavuz, Mehmet Eren, Atilla**

Yavuz, et al. İnfektif endokardit: 58 olgunun değerlendirilmesi. *Klinik Dergisi*, cilt 16, sayı :2; 2003 : 55-62.

- 10- **Corbel MJ, Beeching NJ.** *Brucellosis*. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 16th Edition. United States of America: McGraw-Hill, 2005; 916-7.